

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO  
GRADO EN TRABAJO SOCIAL  
Trabajo Fin de Grado

# LAS CONSECUENCIAS QUE TIENE EL CONSUMO DE TÓXICOS EN LA SALUD MENTAL

Plan de prevención en adolescentes para  
prevenir el consumo de tóxicos

Alumnos/as: Vanesa Hernández Julián y Sandy Sinués Pérez  
Director/a: Yolanda López del Hoyo

Zaragoza, Septiembre, de 2013



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y del Trabajo  
**Universidad** Zaragoza



**Universidad**  
Zaragoza

## Índice

1. Introducción .....	3
2. Antecedentes históricos del consumo de tóxicos y situación actual .....	7
3. Clasificación de los tipos de drogas .....	12
4. Proceso de adicción a las drogas y sus consecuencias .....	17
5. Aspectos legales del consumo de drogas.....	23
5.1. Ley Autonómica de Drogodependientes en Aragón .....	23
5.2. Consumos de drogas en Aragón, según sustancias.....	27
6. Prevención y drogas.....	33
6.1. Concepto y objetivos .....	33
6.2. Modelos teóricos de prevención .....	35
6.3. Situación actual de las drogodependencias en Aragón .....	38
6.4. Programas en vigor de prevención en drogas .....	40
7. Plan de prevención del consumo de cannabis en adolescentes.....	48
7.1. La decisión es tuya .....	68
8. Resultados y Conclusiones .....	83
9. Bibliografía .....	86

## **1. Introducción**

El interés que tenemos por las consecuencias que conlleva el consumo de tóxicos en la salud mental nos condujo a la elección de este tema para el trabajo de fin de grado. Al realizar el practicum de intervención en el ámbito de la salud, concretamente en el Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen y en Atención Primaria, en el Centro de Salud Torre Ramona, nos resultó este tema muy interesante y por ello, quisimos seguir conociendo este mundo, a través de una investigación cualitativa y cuantitativa.

Por nuestra experiencia como alumnas de prácticas en los diferentes centros, hemos podido observar que la enfermedad mental es una problemática actual dentro de nuestra sociedad.

Todo trabajo tiene una finalidad, y la de éste se resume en los siguientes objetivos:

- Conocer las creencias de los jóvenes de entre dieciséis y dieciocho años de edad en relación al consumo de tóxicos (drogas y alcohol), hábitos de consumo y salud mental.
- Averiguar los conocimientos de los jóvenes de entre dieciséis y dieciocho años de edad acerca del cannabis.
- Elaborar un plan de prevención del consumo de tóxicos en jóvenes entre dieciséis y dieciocho años, a partir de lo obtenido en los resultados de las encuestas realizadas en el Instituto de Educación Secundaria, de la ciudad de Zaragoza.

También es importante elaborar unas hipótesis en función de los objetivos porque, a partir de aquí, comprobamos si nuestras ideas iniciales se corresponden con la realidad. Así pues, las hipótesis son:

- Los conocimientos de los jóvenes acerca del consumo de drogas y alcohol y sus consecuencias son amplios.
- La prevención del consumo de drogas en adolescentes es fundamental para gozar de una buena salud, tanto mental como física.

Para conseguir los objetivos y comprobar las hipótesis, elaboramos el marco teórico. En este apartado se desarrolla, en primer lugar, la evolución histórica del consumo de tóxicos hasta la actualidad y una clasificación de éstos con sus correspondientes características y efectos. Es importante conocer el proceso de enganche a las drogas para averiguar la evolución que tiene una persona cuando empieza a consumirlas, la dependencia que se crea y las consecuencias psiquiátricas.

La clave para realizar nuestro plan, es conocer previamente diferentes modelos de prevención de tóxicos, así como distintos programas y planes en vigor que previenen el consumo de drogas, tanto a nivel europeo, nacional, a nivel de Aragón y de otras comunidades autónomas. También son importantes los aspectos legales de las drogas para que el plan de prevención sea el adecuado.

Después de conocer la literatura existente, hemos confeccionado un plan de prevención en jóvenes con edades comprendidas entre los dieciséis y los dieciocho años. La elección de este intervalo de edades se debe a que se encuentran en el periodo de ser posibles consumidores o ya hayan tenido contacto con los tóxicos.

Como nuestra población objeto son adolescentes, hemos conocido la percepción de éstos acerca de las drogas con una pequeña encuesta anónima, que nos ha servido de apoyo para elaborar el plan de prevención.

De esta manera, a través de la participación de jóvenes en el plan, buscamos la concienciación de éstos, además de explicar los riesgos que supone el consumo de cannabis. Todo esto, proporcionando la información necesaria

sobre esta sustancia y fomentando estilos de vida saludables a través de actividades motivadoras.

La metodología que hemos empleado para realizar nuestro trabajo, consta de:

- Búsqueda y revisión bibliográfica: para cumplir los objetivos marcados, primero hemos conocido la bibliografía relacionada con el tema de las drogas, sus consecuencias y la relación entre salud mental y consumo de tóxicos, entre otras cosas. Las fuentes de información han sido libros relacionados con la materia, artículos extraídos de bases de datos e informes de entidades tanto públicas como privadas.
- Entrevistas: a través de consultar con profesionales que trabajan en el ámbito de las drogas y la salud mental, hemos podido conocer la realidad con la que trabajan estos expertos.

Las entrevistas que hemos realizado han sido en el Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen (Garrapinillos) con una de sus psiquiatras, la Doctora Andrés y una trabajadora social, Ana Clemente. Aquí trabajan con personas con patologías mentales, algunos de ellos han sido consumidores de alguna sustancia tóxica, lo cual le ha afectado agravando su enfermedad.

La otra entrevista que realizamos fue en el Centro Municipal de Atención y Prevención de Adicciones, a una educadora social llamada Marisol Lorente. En este centro trabajan tanto con la prevención de posibles drogodependientes como con personas que están rehabilitándose.

- Encuesta: con el fin de conseguir información de primera mano de nuestra población objeto (jóvenes con edades comprendidas entre dieciséis y dieciocho años), encuestamos a alumnos de 4º de E.S.O. del Instituto de Educación Secundaria de Casetas, Ángel Sanz Briz, acerca de las creencias del consumo de cannabis, de sus conocimientos sobre esta droga, de los hábitos de consumo y de la salud mental, ya que es la seleccionada para nuestro plan de prevención.

- Plan de prevención: hemos elaborado el plan acorde a las respuestas de los jóvenes de las encuestas, para concienciar acerca del riesgo que supone el consumo de cannabis, proporcionando la información necesaria sobre esta sustancia y fomentar estilos de vida saludables a través de actividades motivadoras.

Para finalizar esta introducción, queremos agradecer tanto los profesionales del Centro Municipal de Atención y Prevención de Adicciones como del Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen, por darnos a conocer su trabajo en sus respectivos puestos, como explicarnos en qué consiste cada centro y cuáles son sus finalidades.

También queremos agradecer la colaboración del Instituto de Educación Secundaria de Casetas, Ángel Sanz Briz, por dejarnos encuestar a algunos de los alumnos de 4º de E.S.O., para poder extraer conclusiones propias desde el trabajo de campo.

## **2. Antecedentes históricos del consumo de tóxicos y situación actual**

Mediante la Guía de Prevención sobre drogodependencias (1999) hemos sabido que durante toda la historia de la humanidad el ser humano ha sabido buscar la forma de aumentar el placer, aliviar el dolor o romper barreras o dificultades a través de las drogas. Estas drogas se han utilizado desde tiempos inmemorables en todas las culturas.

Cuando el hombre empezó a consumir las drogas naturales (alcohol, Cannabis, Papaver, Hongos...), que eran producidas por ellos mismos a través de plantas o frutos que cosechaban; entonces, existía un control por parte del grupo para consumir, dónde consumir y cuánto consumir. Además, el consumo se daba entre los cargos más altos del grupo.

Previo al modelo consumista podemos hablar de un uso social donde la droga se consume dentro de un grupo o comunidad en celebraciones, por ejemplo, el alcohol en países del Mediterráneo.

Respecto a este uso más tradicional de las drogas, surge el uso consumista de nuestros días donde las drogas son producidas por sustancias químicas que alteran los efectos de las naturales en todos los sentidos. Este cambio se da sustancialmente a partir de las décadas de 1970 y 1980, donde hay una difusión del tabaco tras el descubrimiento de América; la aplicación de la destilación; la producción estable de vino; y el desarrollo de la farmacología, muy unida a los conflictos bélicos en los dos últimos siglos (Guía de Prevención sobre Drogodependencias: 1999).

Es en la década anterior cuando el problema del SIDA y otras enfermedades asociadas al consumo de drogas, se han considerado el atentado más grave que la sociedad ha sufrido contra la Salud Pública. No es suficiente con el modelo meramente psico-social, sino que era necesario implicar el modelo

sanitario, llegándose a un consenso general en todos los Estados ante esta problemática como es la de las drogas.

Según Marshal (2011), el opio como planta y su uso se remonta a las épocas Sumerias 3000 a.C. Pero los principios de su uso sistemático están vinculados a Hipócrates, a Herodoto y a Teofastro en el siglo III A.C, periodo en el que comienza la polémica sobre la doble cara medicinal y de sustancia peligrosa.

Este producto y sus derivados es un ejemplo que clarifica su consumo, ya que desde tiempos inmemorables se utilizaban sus propiedades como sedantes y analgésicos. También se utilizaba como euforizante creando adicción. El opio es utilizado como el medicamento por excelencia para hacer frente al dolor físico y psíquico. Como tiene propiedades curativas se utilizó hasta el siglo XVIII.

En los años 1808 y 1850 se crean la morfina y la jeringuilla, respectivamente, siendo descubrimientos importantes para el consumo del opio. La morfina nace como medicamento, que es muy utilizado por su gran capacidad de aliviar el dolor. El problema que trajo la morfina es su dependencia (física y psíquica) y tolerancia, obligando a inyectar dosis más altas.

Otro problema que sucedió con el descubrimiento de la morfina era que al menor síntoma de dolor era aplicado por los facultativos, y esto provocó que se pusiera de moda entre los burgueses y los artistas.

En el siglo XIX también se consumía cannabis y cocaína, que se había convertido en una esperanza para los farmacéuticos por sus características terapéuticas. Pero pronto se llegó a la conclusión de que, al igual que la morfina, creaba dependencia.

La alarma empieza a sonar en el mundo de la medicina a finales del siglo XIX y cada vez son más numerosos los casos de muerte, intoxicación grave y dependencias de imposible tratamiento. Para solventar este mal, nació otro peor: la heroína (Guía de Prevención de Drogodependencias: 1999).



De este modo, en el año 1874, Wright obtuvo la heroína. La heroína provenía de la morfina, pero creían que sus efectos iban a ser positivos y pasó al mercado farmacéutico como analgésico de la mano de la industria alemana en 1985, para curar el dolor de las enfermedades pulmonares. Cuando pasaron cuatro años desde su uso empezaron a denunciarse sus peligros. Pero, hasta pasados diez años, no llegaron a la conclusión de que era la peor droga, la más tóxica y la cual costaba menos habituarse a ella. En este momento, ya se había creado un mercado de tráfico de la heroína y se extendió muy rápido. Así pues se fue creando un fenómeno social grave para la salud, habiendo un aumento progresivo en el consumo de drogas.

A partir de 1950 se crea en Estados Unidos un movimiento en contra de lo establecido entrando las drogas en ese juego, como rechazo a los valores impuestos por la sociedad. Este movimiento de la juventud de Norteamérica se extendió a Europa. Todo esto generó un gran comercio. La música fue un elemento de disuasión ya que hablaban de la droga como algo bueno. En los años 60 y 70 nace el movimiento hippie relacionándolo con el consumo de cannabis, bajo el lema "haz el amor y no la guerra". En los años 80, sigue habiendo un consumo de drogas pero de manera más individualista y no tanto en grupos.

Ya en los años 90 los que han consumido heroína en los años anteriores, empiezan a hacerse mayores y a debilitarse por el propio consumo y por la extensión del VIH/SIDA. Esto genera un rechazo social hacia estas personas y, por este motivo, se buscan otras formas de consumir, pero que tengan los mismos efectos. Así pues, nacen las drogas de diseño con efectos psicoestimulantes y alucinógenos. Este tipo de drogas tienen el efecto contrario que la heroína, de marginalidad y rechazo social, así que se extienden muy fácilmente entre los jóvenes.

Muchos jóvenes utilizaban esta sustancia como forma de poder prolongar las fiestas de una noche a todo el fin de semana. Esto hizo que se creasen las "rutas", donde en estos contextos de música, baile, luces... se diese lugar al

consumo de estas sustancias. Para estos jóvenes la droga no la veían como un producto dañino para sí mismo, sino que podían controlar su consumo y sus efectos. Pero la realidad es completamente distinta, se crean reacciones psicóticas, además de depresiones y secuelas tanto psíquicas como físicas.

La cocaína también es un psicoestimulante muy utilizado entre los jóvenes. El conocimiento de la cocaína en Europa es en 1884 por un trabajo de Sigmund Freud (Uber Coca), en el que explica los efectos afrodisiacos, estimulantes y antidepresivos de esta sustancia (Marchal: 2011).

A lo largo del siglo XIX se abre una investigación sobre los efectos de la cocaína, y finalmente, la cocaína se instaure en Europa a finales de este siglo. Gracias a esta sustancia se hacen famosas distintas bebidas, que son tomadas por emperadores, reyes, etc. Estas bebidas se bebían con el lema "para vencer la timidez social" así hasta la puesta en marcha de la famosa bebida llamada "coca cola", que se convierte en una bebida consumida por un porcentaje alto de la población. Esta bebida era consumida en abundancia, pero poseía hojas de coca descocainizadas.

Es en el siglo XX cuando en Alemania se empieza a sintetizar diferentes moléculas que sirven para disminuir la sensación de cansancio y de hambre de los soldados.

El uso de las anfetaminas posteriormente sirvió para las personas que padecían obesidad, el déficit de atención infantil con hiperactividad, depresiones, o como componente para los descongestionantes nasales.

Como ya hemos comentado con anterioridad, en los años 90 surge otro perfil consumidor relacionado con las fiestas en discotecas y las drogas sintéticas. El consumo de las drogas como símbolo de protesta, se convierte en un consumo por dependencia a ella, imponiéndose las leyes de los traficantes. La pobreza, el paro y la marginación social constituyen bases como vehículo de escape de esa realidad, bien como productora de dinero, expandiéndose por todo tipo de

población, en edades cada vez más jóvenes (Guía de Prevención Sobre Drogodependencias: 1999).

Otra de las sustancias, la cual la población también ha dado un uso y abuso excesivo, es el alcohol. El hábito de tomar alcohol se remonta a los primeros tiempos del hombre y hasta nuestros días. Su ingestión se ha relacionado con motivaciones religiosas, místicas, políticas, morbosas...

España, junto a Francia e Italia, es uno de los países de Europa con mayor índice de consumo de alcohol, lo que influye de manera notable en el deterioro social, pérdidas económicas, accidentes ocasionados por el alcohol, delincuencia, ingresos psiquiátricos, etc.

### **3. Clasificación de los tipos de drogas**

Existen múltiples criterios para realizar una clasificación de las drogas. No existe una clasificación clara, objetiva y totalmente consensuada por los profesionales de las drogas.

Una primera posible clasificación sería la que considera dos grandes grupos de drogas: las naturales y las sintéticas. Su definición es clara; las primeras obtenidas directamente de la naturaleza y las segundas obtenidas a partir de una elaboración técnica.

A continuación hacemos una clasificación de la distinción de drogas atendiendo a los efectos psicopatológicos más importantes e inmediatos de las sustancias:

- Depresoras: retrasan o enlentecen la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales.
  - o Opio: nace del jugo coagulado de la adormidera. En el mundo de la medicina ha tenido un papel muy importante, ya que se utilizaba para tratar la tos, la diarrea, para aliviar el dolor y provocar el sueño. Del opio nació la morfina, la codeína, la petidina y la metadona, los cuales tenían un uso terapéutico. Tradicionalmente, ha sido una droga que se consumía en infusión y posteriormente pasó a consumirse fumándolo.
  - o Morfina: se obtiene del opio y sus características son las de analgésico. Por esto, es utilizada en el mundo de la medicina para ayudar a aquellos enfermos con dolores muy fuertes. Pero esta administración a los enfermos de larga duración les crea una dependencia a la morfina.
  - o Heroína: derivada de la morfina. Está prohibida a nivel internacional, después de ser utilizada en medicina y ver que los resultados son muy peligrosos. Según Becerra (1999), esta

sustancia es mucho más potente que la morfina, por lo tanto crea una mayor dependencia. Tiene un efecto muy rápido de euforia, y esto hace que sea más atractiva para aquellos consumidores adictos. Con una inyección, el consumidor entra en un trance que le aleja de la realidad. Como la tolerancia es muy rápida, cada vez se necesitará una dosis más alta para alcanzar los efectos obtenidos la vez anterior. La forma de introducirla en el cuerpo es de manera intravenosa o por inhalación.

El tráfico de esta sustancia hace que sea alterada con productos químicos y esto hace que muchas veces el tanto por ciento de heroína sea bajísimo.

Según Becerra (1999), el efecto que producen los opiáceos pueden ser algunos como por ejemplo, somnolencia, depresión, actividad excesiva, vómitos, prurito... entre otros muchos. El consumo habitual crea una dependencia física y psíquica.

- Codeína y otros derivados de la morfina: la codeína es el resultado de la alteración de la morfina, pero diez veces menor de eficaz que ésta. Pero, aun así, es uno de las drogas más utilizadas en medicina. A la codeína no se le conoce por ser una droga que crea dependencia, ya que hay que consumir cantidades muy grandes. También hay otros derivados de la morfina que se utilizan en medicina y que tampoco se conocen muchos casos de dependencia.
- Estupefacientes sintéticos:
  - Hipnóticos y sedantes: Los hipnóticos están muy extendidos ya que se toman para dormir y no hay un conocimiento de su consumo por la automedicación. El autor Becerra (1999) explica que las personas que consumen y que son adictos a este tipo de sustancias, presentan muchas dificultades en el habla, con

temblores de manos y las reacciones son muy lentas. Las personas enganchadas a estas sustancias lo están también a otras, como puede ser la heroína, el alcohol y los estimulantes.

- Tranquilizantes: los medicamentos con estas características suprimen la ansiedad y el nerviosismo.
- Disolventes: Según Becerra (1999) la inhalación de disolventes está de moda en muchos países entre jóvenes, ya que les produce euforia en un primer momento, aunque sus efectos son depresores del sistema nervioso central. Los disolventes que se usan son lacas, productos de limpiezas, alcohol (alcohol metílico, etílico...) cetonas...
- Estimulantes:
  - Hoja de coca: proviene de un árbol que crece en el altiplano boliviano y peruano, en el Ecuador y Colombia. Existe una tradición entre la población de estos territorios de masticar esta hoja desde tiempos remotos. Es la base para crear cocaína.
  - Alucinógenos: son conocidos también con el nombre de psicodélicos. Alteran la conciencia distorsionando las cualidades perceptivas de los objetos en su intensidad, tono y/o forma y producen la evocación de imágenes sensoriales no acordes a la realidad (alucinaciones). Destacamos LSD, cannabis y drogas de síntesis.
  - Cannabis sativa (marihuana): no es una droga alterada con productos químicos pero sí que es alucinógena. Si se consume en pequeñas cantidades sus efectos son de euforia y de sedación. Becerra (1999) explica que en cantidades más grandes tiene efectos tales como distorsión de la realidad tanto visual como auditiva, alucinaciones... Es en China donde se descubren sus efectos. El cannabis se ha utilizado de forma terapéutica en la

artritis, la malaria y contra el estreñimiento. Además, según Becerra (1999), en la medicina occidental se utilizaba como analgésico.

Las formas más comunes de consumirla es fumándola, comiéndola o masticándola. Aunque sus efectos son más potentes cuando se fuma, pero la intoxicación varía dependiendo de la cantidad consumida. No se da una dependencia física ni tolerancia, pero sí que puede existir dependencia psíquica, creándose episodios psicóticos y comportamientos agresivos.

- LSD: esta sustancia altera el sistema nervioso central, sobre todo el estado de ánimo y el comportamiento. Según el autor Becerra (1999) alguno de los efectos son tales como aumento de temperatura corporal t presión arterial, dilatación de pupilas... También puede darse una intensidad en los colores, o ver cosas en movimiento, pero en realidad son inanimados por la alteración visual; los sonidos también son más intensos o escuchar voces imaginarias; y el sentido del gusto también se ve alterado, modificándose el sabor de los alimentos.

Estos actos no tienen porqué ser inmediatos, sino que pueden darse al tiempo de haber consumido este tipo de droga.

- Mezcalina, psicolocibina y otras drogas: Se obtiene en el mercado ilegal en forma de polvo o líquido.

La psilocibina también se obtiene en el mercado negro en forma de líquido, en polvo o cristalina.

Para finalizar este apartado, es de importancia saber que en la calle suelen usarse gran variedad de nombres para designar las distintas drogas utilizadas.

Dicho de otra manera, se utiliza una jerga para las diferentes drogas. Como por ejemplo:

-LSD: tripi, ácido, secante...

-CANNABIS Y DERIVADOS: porro, hierba, maría, hachís, canuto, chocolate, tate...



#### **4. Proceso de adicción a las drogas y sus consecuencias**

Para poder hablar del proceso de enganche a las drogas, primero hay que hablar de la etapa que sufren los jóvenes en la adolescencia. Es en esta etapa de la vida cuando se da un momento de incompreensión y sufrimiento tanto por parte de los padres y los hijos. Por esto, el comportamiento de los adolescentes es, generalmente, una constante autoafirmación dentro del entorno familiar. Su carácter está en proceso de crearse y por eso necesita equivocarse continuamente.

La adolescencia es una transformación social, donde el sujeto se tiene que enfrentar a la aceptación de nuevos papeles sociales. También, a nivel psicológico se producen cambios en su personalidad y en su manera de pensar. El adolescente tiene que lograr una identidad coherente y, para ello, debe tener un conjunto estable de aspiraciones y percepciones sobre su persona. Pero puede existir el fracaso en el cual el adolescente puede entrar en una "crisis de identidad", y es aquí donde se pueden empezar a tener los primeros contactos con las drogas. Lo que se busca es algo nuevo que ayude a encontrarse a uno mismo (Guía de Prevención sobre Drogodependencias: 1999).

También cabe destacar que la adolescencia es una etapa difícil donde el cuerpo sufre cambios fisiológicos, mentales y sociales. Estas alteraciones provocan la búsqueda de la propia identidad que te llevan a la etapa adultez.

Los problemas a los que se enfrentan los adolescentes son: las drogas, las malas amistades, los problemas relacionados con el sexo, el alcohol, la falta de autoestima, el fracaso escolar, la falta de sinceridad, salir de noche, los enfrentamientos con los padres, las fugas, las historias de amor... Todos estos son factores que van a influir en el joven y es lo que va a determinar sus decisiones posteriormente.

Los adolescentes sufren un proceso de socialización en el cual buscan la felicidad, la satisfacción y tener autoestima, entre otras cosas. Esto lo tienen que conseguir con la familia, con el grupo de iguales, con la escuela...

La familia es el primer marco de referencia para la formación del adolescente, ya que influye en su desarrollo, enseña a tener responsabilidades, pone límites... Todo esto es importante para ofrecer una primera prevención sobre el consumo de drogas.

La escuela también participa en el desarrollo de los adolescentes. Lo que se hace desde la escuela es tener figuras de autoridad, relacionarse con el grupo de iguales, ofrece otros puntos de vista para alcanzar una meta personal.

El grupo de amigos también es muy importante a la hora de incidir en el proceso de socialización porque es donde se aprenden y se imitan conductas, se consolidan hábitos, se toman las primeras decisiones, se empieza a tener una visión de la realidad.

Analizando las amistades, se puede decir que pueden influir tanto positivamente como de forma negativa. Con el grupo de iguales se comparten los intereses, el tiempo libre, los deportes... Aunque, en muchos casos, las amistades arrastran a los jóvenes a dejar los estudios, a empezar a beber alcohol, a probar el primer cigarrillo, el primer porro... Es aquí donde la personalidad del adolescente queda en entredicho porque por hacer lo que hacen los amigos, imitan y pierden su personalidad, su opción a decidir.

También cabe decir que se ha producido un gran cambio en el tiempo libre de los jóvenes durante los fines de semana en los últimos años, ya que lo que hacen es aprovechar las noches del fin de semana para salir y volver de madrugada. Con salir por la noche se asocia el consumo de sustancias tóxicas.

Junto al alcohol, la droga que se consume en paralelo es el tabaco. Éstas son las drogas con las que empiezan los jóvenes a "tontear" (alrededor de los 14

años). El resto de drogas empiezan a consumirse alrededor de los 15 y 17 años, de media, como pueden ser el cannabis, speed, LSD, éxtasis...

Así pues, el principio de consumir drogas comienza como un juego inocente y agradable que utilizan los adolescentes para divertirse y ser como su grupo de amigos. Quieren demostrar rebeldía mostrando un carácter agresivo sin buscar las consecuencias de sus actos.

Además, también buscan experimentar sensaciones nuevas y, casi siempre, peligrosas, entra en juego la curiosidad. Buscan una vida mejor y para ello, intentan vivir experiencias cercanas a la muerte para volver a "renacer" en un mundo mejor. Pero, una vez pasado el riesgo, comprueban que no les ha pasado nada y vuelven a intentarlo, pero cada vez de forma más peligrosa.

Pero, este juego puede dejar de ser divertido, y se puede empezar a consumir drogas fuera de los fines de semana, creando una adicción que les llevará a la dependencia. Así se llega a crear la drogadicción, que se produce cuando una persona es dependiente de cualquier tipo de droga. La dependencia a un estupefaciente también se llama toxicomanía o como se dice coloquialmente "estar enganchado".

Los tipos de dependencia que existen son los siguientes:

- Dependencia física: este tipo de dependencia se da cuando el organismo del consumidor se acostumbra a la cantidad de droga que ingiere. Pero si la cantidad que se le da al cuerpo disminuye o deja de administrársela, el consumidor sufrirá unos síntomas físicos no agradables. Así que se crea una dependencia del cuerpo a su uso, buscando siempre ampliar las dosis y las veces que se consume. Si esto no lo puede conseguir el adicto, aparece el síndrome de abstinencia, que surge cuando se le priva al cuerpo de forma repentina. La naturaleza e intensidad de los síntomas de abstinencia están en relación directa con la droga administrada y la dosis diaria que se usa (Becerra: 1999).

- Dependencia psíquica: surge cuando se tiene la necesidad de consumir drogas para obtener los efectos satisfactorios de ésta. De esta manera, surgen estados de ansiedad, nerviosismo, cambios de humor... Para tener una dependencia psíquica no hace falta tener una dependencia física.

Este tipo de dependencia se instaura rápidamente en la persona, siendo muy difícil salir de ella. Todo esto depende de unos factores como pueden ser los personales, educativos, sociales, etc., todos ellos relacionados con el mundo de la droga.

- Dependencia social o psico-social: este tipo de dependencia va relacionado con el ambiente y las relaciones sociales en los que se mueve el consumidor. Muchas veces se consume un tipo de droga por el grupo social al que se pertenece, creando una identidad. Así pues, si el consumidor decide dejar de consumir la sustancia que consume con su grupo, puede generarle un problema en sus relaciones, haciéndole volver al consumo para restablecer el equilibrio social.

Los tres tipos de dependencia son importantes y los tres influyen de manera muy negativa al consumidor, ya que la dependencia que se genera a una sustancia o a varias es de varios tipos, y a la hora de tratarla hay que hacerlo desde estos tres aspectos.

Esta dependencia a las drogas puede provocar una serie de consecuencias psiquiátricas. Según un estudio realizado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2004), se han identificado dos grupos principales de consumidores de drogas con patología dual, cada uno de los cuales presenta un perfil diferente. En uno de ellos predominan personas con trastornos psiquiátricos, y en el otro drogodependientes. Entre un 30% y un 50% de los pacientes que reciben tratamiento psiquiátrico en Europa padece algún trastorno mental, además de trastornos relacionados con el consumo de

determinadas sustancias, en particular, el alcohol, sedantes o cannabis. Los pacientes que acuden por el consumo de tóxicos a un centro de rehabilitación, la comorbilidad que presentan, en la mayoría de los casos, tienen otro perfil, cuyos factores en el diagnóstico son el consumo de heroína, anfetaminas o cocaína y uno o varios trastornos de la personalidad, seguidos de depresión y ansiedad, y en menor medida, trastornos psicóticos.

Esta distinción debe de tenerse en cuenta, a la hora de abordar el tratamiento, dado que en ocasiones se necesita intervenciones combinadas, como tratamiento farmacológico y psicosocial durante un tiempo prolongado.

Dentro del mismo estudio, se habla de una investigación Epidemiológica Nacional sobre el Alcohol y Efectos Relacionados (NESARC), realizado en Estados Unidos, que realizaba un vínculo entre los trastornos relacionados con el consumo de drogas y los trastornos de la personalidad, ya que la mitad de la población consumidora de drogas padece al menos un trastorno de la personalidad.

La probabilidad de que una persona padezca un trastorno mental a causa del consumo de drogas, empeora cuando se empieza en una edad temprana y continúa consumiendo durante mucho tiempo a raíz de la dependencia que se crea. Los síndromes mencionados interactúan y se solapan, por lo que una persona podría presentar más de uno de los trastornos mencionados.

Algunos de los principales aspectos que podemos destacar sobre las consecuencias psiquiátricas de la población derivadas a una enfermedad mental son las siguientes:

- Los consumidores problemáticos de drogas suelen presentar en muchos casos trastornos mentales. Los equipos psiquiátricos y los servicios de drogodependencias pueden fracasar a la hora de identificar pacientes con comorbilidad.
- En el tratamiento de la comorbilidad no hay ningún tipo de intervención psicosocial mejor que otro para combatir las toxicomanías.

- Los servicios psiquiátricos tienden demasiado a enviar a los pacientes con patología dual a los centros de tratamientos de adicciones y el personal de estos centros los envían directamente de vuelta , sin que estas personas reciban un tratamiento adecuado.

La comorbilidad es difícil de diagnosticar. Cuando los pacientes con patología dual buscan tratamiento, sus síndromes psiquiátricos agudos pueden confundirse con los síntomas inducidos por el consumo de drogas o, por el contrario, los síntomas de la abstinencia o de una intoxicación se malinterpretan y se consideran enfermedades psiquiátricas.

Los pacientes con patología dual a menudo padecen una patología múltiple, ya que las personas afectadas suelen sufrir además enfermedades somáticas, así como trastornos sociales tales como falta de hogar o desempleo asociados con su enfermedad.

En ocasiones el consumo de drogas impide que el paciente pueda llevar un tratamiento farmacológico, y ello hace más difícil tratar los cuadros psicóticos y depresivos. En este tipo de perfil del paciente, suelen estar presentes las infecciones como VIH, hepatitis, además de un gran número de deficiencias y en general una actitud negligente con respecto a la salud física.

Entre los problemas psiquiátricos y psicológicos en una serie de estudios, cabe mencionar los intentos de suicidio en un 50% de los pacientes que presentan una patología dual, debidos a menudo por problemas familiares, escolares y de relaciones con los compañeros.

Así pues, vemos como los adolescentes pueden comenzar a probar sustancias tóxicas de forma inocente, pero esto puede complicarse, llevando a una dependencia tanto física, psíquica como social, y puede derivar a una serie de consecuencias mentales, que le afecten a lo largo de toda la vida.

## **5. Aspectos legales del consumo de drogas**

### 5.1. Ley Autonómica de Drogodependientes en Aragón

En la Comunidad Autónoma de Aragón, la Ley 3/2001, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias, es la actuación para abordar el fenómeno del abuso y uso de los tóxicos psicoactivos y el desarrollo de patologías adictivas. Por lo tanto, el principal objetivo de esta Ley es establecer una correcta coordinación entre instituciones y entidades que actúan dentro del marco de las drogodependencias, orientado principalmente a la prevención, la asistencia e integración social de las personas que son drogodependientes y al estudio e investigación de este ámbito.

Dicho esto, el instrumento más importante, y también mencionado en dicha ley, para poder conseguir la correcta y adecuada coordinación entre las instituciones es el Plan Autonómico sobre las drogas, cuyos objetivos son la planificación, la coordinación de los recursos que se desarrollan en la Comunidad Autónoma de Aragón, siendo vinculante para todas las instituciones tanto privadas como públicas en Aragón.

El II Plan Autonómico de drogodependencias y otras conductas adictivas de 2005-2008, se realizó como un instrumento de política de salud, con la finalidad de ser un elemento integrador, estableciendo dos puntos clave: priorizar sobre la prevención desde el enfoque de la promoción de la salud, y la utilización de recursos adecuados a los problemas generados por nuevos modelos de consumo que ha ido evolucionando a lo largo de los años.

El Plan Autonómico, afirmaba que las actuaciones en relación a las drogodependencias debían de incorporar los principios rectores de la Ley 3/2001: promoción de la salud (hábitos saludables), integración de actuaciones en el ámbito educativo, sanitario, social; y la responsabilidad de

las Administraciones para realizar modificaciones y puesta en marcha de actuaciones.

Con la ayuda de coordinación de la dirección general de Salud Pública, se creó un grupo técnico de evaluación en la ejecución de las actividades de cambio, definición de los puntos fuertes y débiles, mejoras y sugerencias.

De esta manera y desde hace años, se dispone de datos epidemiológicos, encuestas de calidad etc., que permite de una manera fiable y actualizada la obtención de datos sobre el perfil de los consumidores, modelos de consumo, drogas consumidas con más frecuencia. Todos estos datos son de vital importancia para poder controlar y valorar los esfuerzos que se llevan a cabo en el campo de las adicciones: los últimos datos revelan que existe una mejora con respecto a datos anteriores, lo que da de pensar que si han funcionado las actuaciones de carácter preventivo.

También es importante destacar que este Plan, incluye también aquellos consumos problemáticos que no tienen nada que ver con las sustancias, pero que existe un factor de fondo importante que los relaciona. Estamos hablando de la adicción a los móviles, ordenadores, problema de ludopatía...

Así pues, la finalidad del II Plan es reducir los riesgos de los daños que provienen del uso de drogas. Evitando en la medida de lo posible la morbilidad y mortalidad en relación con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, realizando una buena promoción de la salud desde la prevención y buscando el bienestar de las personas consumidoras evitando perder su calidad de vida.

Algunos de los objetivos que se plantea este Plan son los siguientes:

1. Mejorar la comprensión sobre las drogas para potenciar actitudes que reduzcan la demanda y el interés de su consumo.
2. Incrementar habilidades para hacer frente a la oferta de drogas.
3. Aumentar las medidas dirigidas a evaluar y controlar las drogas.



4. Mejorar la calidad de vida de las personas que han tenido problemas con las drogas.
5. Animar a la integración social con problemas de drogas.

Las áreas de actuación del II Plan son, donde se lleva a cabo los mencionados anteriores objetivos son: prevención, asistencia, integración social y sistemas de información.

Nos vamos a centrar en prevención y en asistencia. La prevención abarca distintos ámbitos como son, el educativo, comunitario, laboral y sanitario.

Los recursos con los que cuenta tienen dos enfoques. El primero es el de la prevención. El desarrollo de los Centros de Prevención tiene como punto de partida los Centros Municipales y Comarcales de Drogodependencias. El ámbito territorial de actuación es comarcal o supracomarcal, de acuerdo con lo establecido en los convenios de colaboración suscritos con el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón.

Existen distintos niveles de prevención:

- a. Universal: se encarga de potenciar los factores de protección ante el consumo de drogas, y fomento y promoción de la salud.
- b. Selectiva: su función es reducir los factores de riesgo, y conseguir actitudes responsables frente al consumo de drogas en grupos más vulnerables.
- c. Indicada: la finalidad que persigue es reducir los factores de riesgo y conseguir actitudes adecuadas frente al consumo de drogas en personas altamente vulnerables y así poder evitar conductas problemáticas.
- d. Determinada: reducir los riesgos y mitigar los daños en personas drogodependientes.

Y el segundo enfoque, es la asistencia a estas personas drogodependientes. Ya que se estableció para normalizar estas patologías centros asistenciales a las patologías y en concreto desde la salud mental. A esto se unieron la Unidad de Asistencia y Seguimiento de personas con Adicciones (UASA).

Es importante destacar, el papel que juegan los centros de salud, en asistencia de atención primaria, para detectar situaciones de riesgo en personas drogodependientes, así como el abordaje terapéutico en la cartera de servicios accesibles.

El análisis de la situación, es un elemento clave para desarrollar el Plan estratégico. Es esencial para poder proporcionar información y de esta manera identificar las características del fenómeno, ver cuáles son las necesidades y realizar la actuación adecuada.

A continuación vamos a hablar sobre el consumo de drogas en Aragón. El Plan establece que el consumo de drogas se ha acrecentado en edades cada vez más tempranas. Desde los años 90 el perfil del consumidor se ha ido consolidando en contextos de ocio, mediante el proceso de socialización y de integración del grupo de iguales.

Cabría destacar algunas conclusiones importantes extraídas de la última encuesta entre adolescentes y jóvenes (14 a 18 años) escolarizados sobre el consumo de drogas en nuestra población:

- La sustancia que más se consume en la actualidad es el alcohol. El 84,8% de la población dice de haber consumido un alcohol en algún momento de su vida.
- Después del alcohol la sustancia que más se consume es el tabaco. Un 53,1% dice de haber consumido en algún momento de su vida, un 23% dice que fuma todos los días. Un dato importante a destacar es que el género femenino presenta un mayor consumo que el género masculino.

- La droga ilegal más consumida es el cannabis. Existe una fuerte relación entre el consumo de tabaco y el consumo de cannabis. Un 29,5% lo había consumido en los 30 días previos a la encuesta.
- El sexo hace que se creen diferencias en el consumo. Por un lado, los chicos son mayores consumidores de alcohol y drogas ilegales que las chicas y por otro lado las chicas consumen con más frecuencia tabaco y tranquilizantes.
- Las drogas más accesibles son el alcohol y el tabaco, seguido del cannabis y los tranquilizantes.
- Los jóvenes aragoneses se consideran que cuentan con la información necesaria y suficiente respecto al consumo de drogas, sus consecuencias y los problemas que derivan. Las vías de información son los padres y madres, los profesores y los medios de comunicación.
- Según el Centro, los centros públicos son los que más absentismo escolar tienen, un 42,4% respecto al 34,7% de los centros privados.
- El presupuesto del que disponen a la semana, por término medio, son 27,20€ (3,95 euros por encima de la media nacional y 5,77€ por debajo de la media obtenida en Aragón).
- Durante el último año el 21,3% de la población dice de salir para divertirse, de una a tres noches al mes.

## 5.2. Consumos de drogas en Aragón, según sustancias

Las siguientes gráficas muestran datos significativos del consumo, dividido en las siguientes sustancias: alcohol, cannabis y cocaína.

En primer lugar, el alcohol sigue siendo la droga más consumida entre los adolescentes de 14-18 años. El porcentaje de personas que han consumido es en Aragón de 84.8% y en España de 81.2%.

**Tabla 1. Porcentaje de consumo de alcohol "alguna vez en la vida"**

Consumo	2002	2004	2006	2008
	%	%	%	%
Alguna vez	85,5	90,0	85,7	84,8
En los últimos 12 meses	84,9	89,6	82,9	79,8
En los últimos 30 días	72,1	79,9	67,9	70,2

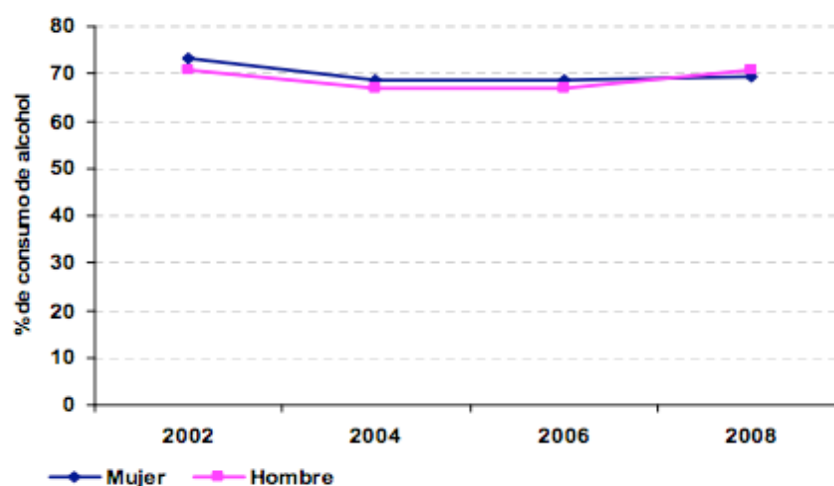
*Fuente: II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas*

*Aragón 2010-2016*

Como podemos observar, la prevalencia de consumo de alcohol, aumenta con la edad. La edad media de inicio es 13.5 años.

Los lugares más frecuentados para el consumo de alcohol se sitúan en plazas, parques...

**Gráfica 2. Porcentaje de consumo de alcohol en el último mes, según sexo. Aragón 2002-2008. 14-18 años**



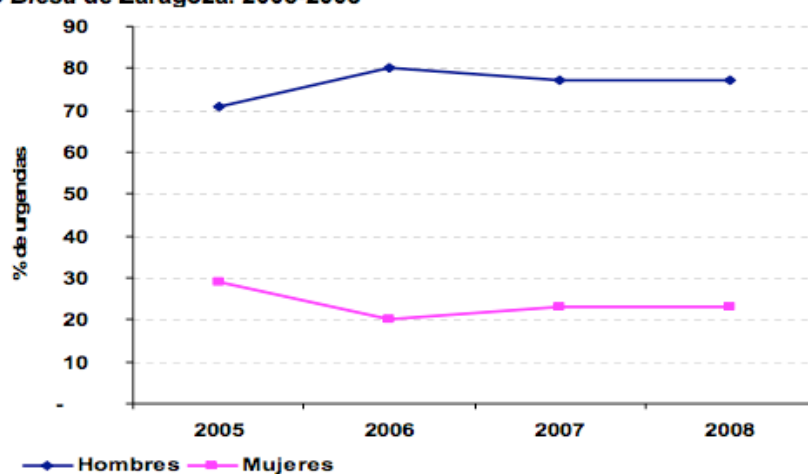
*Fuente: II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas*

*Aragón 2010-2016*

Como podemos observar, en relación al porcentaje de consumo de alcohol en el último mes de 2002-2008, en relación con el género, se puede ver que tan apenas existen diferencias significantes, pero sí que la mujer realiza un mayor consumo desde los 14 años.

Aumenta en el sexo masculino a partir de los 16 y 17 años, lo cual hace que la media de consumo entre los 14-18 años sea superior entre los varones.

**Gráfica 4. Porcentaje de urgencias por consumo de alcohol, según sexo. H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza. 2005-2008**



*Fuente: II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas*

*Aragón 2010-2016*

Este gráfico muestra, la población que ha tenido que ser atendida en hospital Lozano Blesa de Zaragoza, debido a una ingesta de alcohol. Mayoritariamente observamos que se han producido a una edad adulta. El 50% se realiza en fines de semana.

**Urgencias por consumo de alcohol. Distribución porcentual por grupos de edad.  
H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza, 2005-2008.**

	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
	%	%	%	%
15-19	10	7	8	6
20-24	10	14	11	10
25-29	12	12	9	9
30-34	8	12	6	14
35-39	16	15	22	18
40-44	16	17	12	16
45-49	14	11	17	10
50-54	14	12	15	15
Desconocido	0	0	0	2

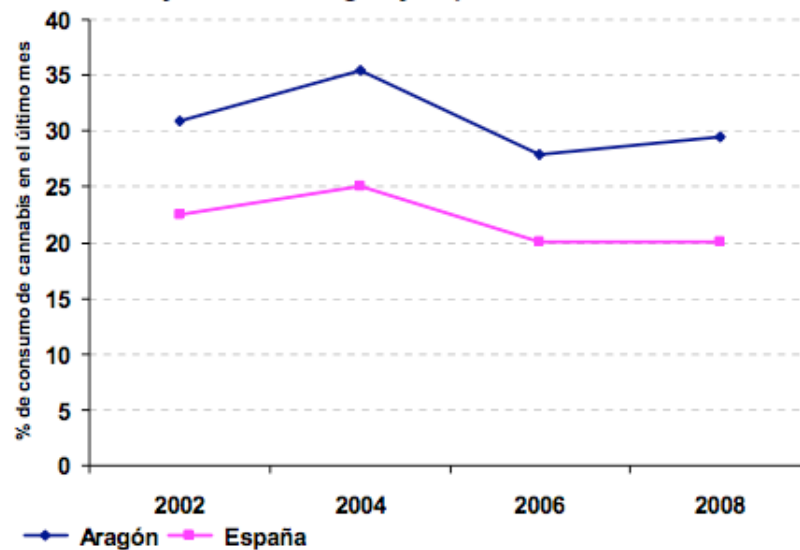
*Fuente: II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas  
adictivas*

Este gráfico muestra las urgencias por consumo de alcohol, en el Hospital Lozano Blesa de Zaragoza, por edades. Como podemos observar se puede decir que existe un mayor consumo en edades comprendidas entre 35-39 años de edad. Siendo la menor entre 15-19 años de edad.

En segundo lugar, vamos a hablar del tabaco, que es la segunda droga más consumida en Aragón, por detrás del alcohol. Pero nos centraremos más en el consumo de cannabis.

Según la Encuesta sobre drogas en la población escolar de 2008, el cannabis es la droga ilegal que más consumo presenta. En los jóvenes de edades entre 14-18 años escolarizados refieren haber consumido cannabis alguna vez en su vida un porcentaje del 46%.

**Gráfica 5. Consumo de cannabis en el último mes (en porcentaje). Población escolarizada entre 14 y 18 años. Aragón y España. 2002-2008**



*Fuente: II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas*

*Aragón 2010-2016*

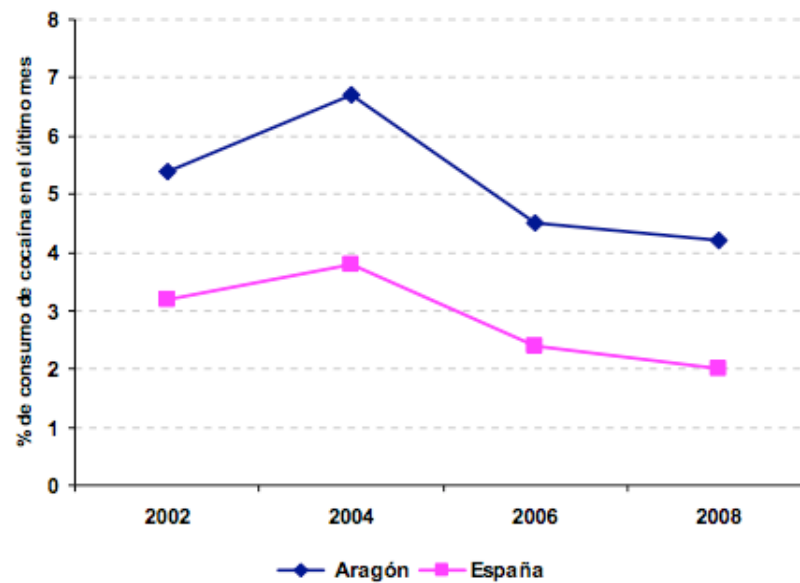
Los chicos indican una prevalencia mucho mayor a la de las chicas.

Según la encuesta HBSC, la capacidad adquisitiva familiar también está relacionada con el consumo del cannabis. Aumenta más en adolescentes de edades entre 11-17 años que nunca lo ha consumido entre los de capacidad adquisitiva alta que los de media o baja.

En tercer lugar, el consumo experimental de cocaína de los jóvenes aragoneses de 14-18 años de edad, tiene un porcentaje de 9,3.

La percepción de riesgo entre los más jóvenes ha aumentado en los últimos años, respecto al consumo de cocaína, lo que ha dado lugar a un descenso del consumo.

**Gráfica 7. Consumo de cocaína en el último mes (en porcentaje). Población escolarizada entre 14 y 18 años. Aragón y España. 2002-2008.**



*Fuente: II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas*

*Aragón 2010-2016*

En esta gráfica se puede observar que en Aragón el consumo es mayor que en España entre edades comprendidas de 14 y 18 años.



## **6. Prevención y drogas**

### 6.1. Concepto y objetivos

A grandes rasgos podemos decir que, hablamos de prevención cuando queremos evitar un daño antes de que suja. Por esta misma dirección, debemos de entender que la prevención del consumo de drogas estará encaminada a evitar dicho consumo.

Por prevención de drogodependencias se entiende un proceso de implementaciones con la finalidad de modificar la formación integral y la calidad de vida de las personas, fomentando el autocontrol, así como distintas capacidades (autoestima, independencia...) y la negación ante cualquier oferta de drogas.

Según el Servicio de Promoción de la Salud y Participación Comunitaria (1999), Programa Preventivo es el conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir la aparición del problema al que se dirige dicho problema preventivo. En el caso de las drogodependencias a impedir, retrasar, la aparición de conductas de uso, consumo y abuso de las distintas drogas. Un programa puede ser global para toda la comunidad o específico para un subgrupo de personas, barrio concreto, grupo de edades, etc.

A la hora de desarrollar las intervenciones, tenemos que tener presente las facetas que conforman el fenómeno de las drogodependencias: en el consumo de drogas, existe una interacción entre tres elementos; que son, la sustancia, las características de la persona que la consume y circunstancias que produce dicho consumo. Esta triple dimensión será la que proporcione una mejor visión del problema.

Los factores de riesgo podrían ser algunas de las causas del uso y abuso de drogas.

Según el Servicio de Promoción de la Salud y Participación Comunitaria, por un lado los factores de riesgo pueden ser individuales o sociales. En cuanto a los individuales, podemos hablar de tipo psicológico (falta de autoestima, seguridad, infravaloración de uno mismo...), el fracaso escolar, relacionarse con compañeros que consuman drogas... y en cuanto a los sociales, se puede hablar de escasez de vínculos sociales, pobreza, marginalidad... por el otro lado, en cuanto a factores de protección, podemos citar la madurez, la responsabilidad, resolución de problemas, la racionalidad, las actitudes familiares e individuales favorables hacia la salud y el rechazo a las drogas.

Se han propuesto diferentes definiciones sobre la prevención aplicada al fenómeno de las drogodependencias. Una de ellas es la siguiente:

*Aquel entramado dinámico de estrategias que tienen como objetivo eliminar o reducir al máximo la aparición de problemas relacionados con el uso indebido de drogas.* (Ponencia técnica Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio del Interior: 1985).

En relación con todos los aspectos que conforman el fenómeno de la drogodependencia, se han elaborado los siguientes objetivos generales:

1. Reducir los riesgos: en relación al consumo de drogas, mediante intervenciones con el fin de conseguir objetivos intermedios tales como reducción de daños o problemas de salud.
2. Reducir la demanda de las drogas: incidiendo sobre todo en las capacidades personales (autonomía, independencia y seguridad) y disminuir el interés hacia las drogas (modificación de la visión acerca de los efectos de las drogas...)
3. Reducir la oferta y la promoción de las drogas: se refiere a que se desarrollen políticas de limitación del uso de menores y la regulación de publicidad, tanto en drogas legales como ilegales.
4. Facilitar la integración de los drogodependientes: a través de políticas de reinserción/inserción social.

5. Favorecer el desarrollo de políticas integrales: con la finalidad de promover la igualdad y la integración social. La mayor parte de la población que toma drogas está relacionado con el consumo indebido de entornos sociales, por lo tanto, las intervenciones que van destinadas a la igualdad y a reducir las diferencias sociales disminuirán los factores relacionados con el entorno que favorecen la aparición de problemas relacionados con el consumo de drogas.

## 6.2. Modelos teóricos de prevención

Existe una gran variedad de modelos teóricos que tratan de explicar las causas que conducen a una persona a ser un consumidor de drogas. Nos hemos centrado en aquellos que han tenido un mayor respaldo empírico. Consideremos importante introducir este apartado en el marco teórico de nuestro trabajo, porque suponen la base y el punto de partida de por qué una persona puede llegar a ser un consumidor de estas sustancias tan perjudiciales para la salud.

En la Guía de Apoyo para la realización de proyectos municipales de prevención de drogas (2004) aparecen las teorías siguientes:

- La Teoría de la acción razonada de Fishbein y Aizen (1975), la cual afirma que lo más determinante del consumo de drogas son las intenciones de consumo, que a su vez, están influidas por dos factores que son: las actitudes hacia las drogas y las creencias sobre la normativa de éstas. Lo que intenta explicar esta teoría es que, la formación de las actitudes está condicionada por las expectativas que las personas esperan de la drogas (efectos...).
- Según Simons, Conger y Whitebeck (1988), la teoría multiepática del aprendizaje social. Esta teoría intenta explicar que el malestar emocional y la falta de afrontamiento son factores importantes hacia el consumo de drogas. Es decir, puede que la persona busque en las drogas una salida

para aliviar el malestar emocional, para hacer frente a sus problemas. Por lo que se recurre a las drogas como medio de escape hacia un bienestar de la persona.

- Según Kaplan y Peck (1992). La teoría del autorrechazo. El punto de partida de esta teoría es que considera la autoestima para explicar la conducta de los adolescentes.

En la adolescencia, periodo en el que el joven sufre importantes cambios (físicos y psicológicos) y acontecimientos sociales desfavorables (rechazo, fracaso escolar...), existe una mayor probabilidad de vivir experiencias de autodesprecio mayor que en otras etapas de la vida. Cuando esta situación se repite en los adolescentes se puede apartar de su grupo habitual e irse adaptando a grupos de iguales desfavorables. El consumo de drogas depende en cierta medida del tipo de conductas del grupo y de decisión del adolescente.

Desde el punto de vista conductual, existen tres teorías para explicar las causas del consumo de drogas y para fundamentar los programas de prevención:

- La primera de las teorías es el **Modelo evolutivo de Kandel (1980)**, es una de las más utilizadas para los programas de prevención del consumo de drogas. Esta teoría afirma que el consumo de drogas no surge de manera repentina, sino que es un proceso que se va desarrollando a lo largo de diferentes etapas de la vida. Cada etapa es un factor de riesgo que da lugar a la siguiente. Con esto nos estamos refiriendo en primer lugar, al uso y consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, esto deriva en que es más fácil mantener relación con adolescentes consumidores, y por lo tanto, que puedan tener más contacto con otras drogas.

La teoría sugiere dos procesos de influencia social. En primer lugar, es la imitación de conductas de otras personas (padres o iguales) que sean significantes para el sujeto y en segundo lugar, el reforzamiento social que los adolescentes reciben de esas personas.

- La siguiente teoría es, la **Teoría de la conducta problema**. Dice que las conductas problemáticas de los adolescentes son funcionales, es decir, los adolescentes se implican en ellas porque adquieren metas para su propio desarrollo personal, así como superación, aceptación de los demás, combatir la ansiedad...

La implicación preventiva de esta conducta es que los programas de prevención deben de proporcionar habilidades y recursos para marcarse metas pero con conductas saludables.

- **El modelo de desarrollo social**, integra otras teorías (teoría del control social, aprendizaje social, y la teoría de la asociación diferencial). Esta teoría afirma que la conducta prosocial y la conducta problema se originan a través de los mismos procesos que pueden ser a través de dos vías: una la que lleva a la conducta antisocial y otra que lleva a la conducta prosocial.

En esta teoría adquiere un papel muy importante y relevante los vínculos sociales. Estos vínculos se denominan como un apego o adherencia a los otros, normas y valores...La conducta desviada se produce cuando la socialización prosocial se rompe, debido a que se le niega la posibilidad de participar en la vida prosocial, porque sus habilidades no son suficientes para que la conducta le produzca reforzamiento... Otro de los aspectos relevantes para que se formen los vínculos prosociales, es necesario que disponga de unas buenas habilidades y recursos personales para poder interactuar en los grupos sociales en los que participa.

Entre las habilidades propuestas por la teoría se encuentran las siguientes: a) habilidades sociales y de resistencia a la influencia social, b) habilidad para identificar, expresar y manejar emociones, c) control de impulsos, d) afrontamiento del estrés.

### 6.3. Situación actual de las drogodependencias en Aragón

El Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Diputación General de Aragón, desde el 1986, realiza estudios periódicos con el objetivo de conocer la situación, evolución, consumo de drogas en nuestra comunidad... Las dos últimas investigaciones que se han llevado a cabo, se han centrado en el análisis de la situación sobre el consumo de drogas en población joven: El consumo de alcohol y otras drogas entre los adolescentes y jóvenes de diez áreas rurales de Aragón (1995) y Estudio de hábitos y actitudes ante la droga en jóvenes de 15-24 años de Huesca, Zaragoza y Teruel (1996).

Se ha podido extraer de estas investigaciones los aspectos más destacados y relevantes, en el ámbito domiciliario y escolar:

- Menor número de personas consumidoras de heroína, que se debe probablemente a una disminución a la incorporación de personas a este colectivo. Los estudios realizados a nivel nacional también muestran modificaciones en la vía de administración de la heroína (aumento del uso fumándola y disminución vía inyectada).
- Aumento en el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) con edades de inicio cada vez más tempranas.
- Consumo de alcohol que se asocia principalmente al ocio del joven en fines de semana, que conlleva a una intoxicación aguda.
- Aumento en el consumo de derivados del cannabis (dos de cada diez jóvenes consumen de manera habitual).

-Surge nuevas sustancias asociadas a un determinado tipo de ocio (macrodiscotecas, música "máquina"...), que son las denominadas éxtasis.

-Consolidación del fenómeno del policonsumo, identificándose tres patrones: el primero formado por consumo de drogas estimulantes (speed, cocaína...), otro patrón de consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) con derivados del cannabis y un patrón formado por quienes consumen varios fármacos (tranquilizantes e hipnóticos).

Como podemos observar, la situación actual del consumo de drogas en la Comunidad Autónoma de Aragón ha sufrido una modificación respecto a los perfiles de población que se producían en la década pasada. Concretamente, preocupa el consumo indebido de alcohol en edades tempranas y por las consecuencias que se derivan de este uso del alcohol, tales como el aprendizaje inadecuado de este uso, fracaso escolar...

Las actuaciones que han venido a desarrollar la Comunidad Autónoma de Aragón y el conjunto de España, bajo la etiqueta de prevención de drogodependencias, han sido diversas. Desde este concepto se han englobado iniciativas que van desde la sensibilización social respecto al fenómeno del consumo, información mediante campañas institucionales o promoción de actividades de ocio alternativas en la población joven, hasta procesos educativos integrados en el currículum escolar.

Por lo tanto, las actuaciones que se han llevado a cabo, con objetivos diferentes, han partido desde enfoques muy diferentes: prioridad sobre uno u otro de la triada persona-sustancia-entorno, atención a las drogas ilegales, criterios de moderación en el uso, criterios de reducción de daños asociados al consumo frente a posiciones más prohibicionistas...

La evaluación sobre impacto que todas estas actuaciones han tenido en la población resulta complejo: es difícil conocer en qué medida las modificaciones en los perfiles de consumo responden a esa iniciativa.

El informe de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el estudio de la droga reconoce, por un lado la necesidad de la revisión en materia de la prevención y por otro lado afirma que existe dificultad probablemente a una imprecisión de objetivos, y se comprueba que exista una gran complejidad en la puesta en marcha de actuaciones que impliquen cooperación social y coordinación administrativa.

#### 6.4. Programas en vigor de prevención en drogas

*Plan de Acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga 2009-2012:*

La estrategia aplicada mediante dos planes de acción de la UE, en base a la lucha contra la droga, confirmó que todos los estados miembros reconocen los mismos principios: la necesidad de un enfoque que reduzca la oferta y la demanda de la droga, en relación con los principios de la legislación de la UE, y que respeta todos los valores de unión. Algunos de ellos son; el respeto, dignidad, democracia, igualdad, solidaridad...

Los dos planes de los que hemos hablado, tienen cuatro años de duración.

El primer Plan de Acción (2005-2008) incluye más de ochenta acciones con la finalidad de coordinar los ámbitos de intervención gubernamental. La Comisión también propone un segundo Plan de Acción (2009-2012), que el Consejo deberá de aprobar, el cual, tiene las siguientes prioridades:

- Conseguir una mejora en la coordinación y cooperación, y de esta manera sensibilizar a la población. Para ello tienen que priorizar en la elaborar y aplicar la política de una manera más eficaz.



- Reducir la demanda de las drogas. Para ello tienen que priorizar claramente en reducir la demanda de estas sustancias y sus las consecuencias que pueden repercutir en el ámbito social y de la salud. Priorizar también en mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios de prevención.
- Reducir la oferta de drogas. En este aspecto se debe de priorizar y centrar más la atención en la eficacia de la acción policial de las drogas de la UE, Eurojust, Europol y otras estructuras de la UE.

### *Plan de acción sobre drogas 2009-2010 (España)*

La Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016, indica que se desarrollan dos planes de acción consecutivos. La Delegación del Gobierno impulsó un proceso para la elaboración del primero de ellos (2009-2012).

Hay que tener en cuenta las diferencias que existen de acuerdo al parecido Plan Vigente, en cuanto a la estructura administrativa-política de nuestro país, lo que da lugar que muchos de éstos puedan desarrollar en sus documentos estratégicos un grado de detalle y precisión que en este caso no pueden llegar a darse sin invadir las competencias de la Administración Autonómica.

El Plan contempla seis ámbitos. Dentro de estos ámbitos el de la prevención es el más importante.

En este apartado es importante destacar acciones con la finalidad de sensibilizar e informar sobre los riesgos a los que puede llevar el consumo de drogas, así como hacer hincapié y énfasis en la prevención desde el ámbito familiar y educativo.

Los objetivos del Plan son los siguientes:

- Coordinación

- Reducción de la demanda. Prevención: En este aspecto hay que realizar una sensibilización a la población para que sea consciente de los daños que puede ocasionar el consumo, uso y abuso de drogas. Sobre la posibilidad de poder evitarlo y la población como agente necesario de cambio. Esto se puede llevar a cabo mediante campañas y actuaciones periódicas de información.

También tiene la finalidad de dotar a la población de las habilidades hacia la resistencia de drogas. Esto se puede llevar a cabo, por ejemplo con programas de prevención para jóvenes universitarios más concretamente y más general impulsar programas de prevención en ámbito escolar, familiar... retrasar la edad de inicio. Por otro lado el retraso de la edad de inicio al consumir, podría considerarse como un método de prevención.

Disminuir el riesgo y reducir los daños es un objetivo importante que se encarga de reducir o limitar los daños que se ocasionan en consecuencia del consumo de drogas.

Hay que realizar una integración social y asistencia a aquellas personas que hayan sufrido algún daño, mediante intervenciones terapéuticas y tratamiento a drogodependientes. También la integración en la sociedad de aquellas personas que están en el tratamiento y prepararlos para la vida social, laboral...

- Reducción de la oferta: Este objetivo incide en aumentar el control de los mecanismos económicos, como por ejemplo controle policiales en blanqueo de dinero.
- Mejora del conocimiento básico y aplicado: Realizar y profundizar mediante estudios las variables que pueden estar relacionados con el consumo de drogas..., impulsando proyectos de investigación en el ámbito epidemiológico, social...

- Formación: Con formación se refiere, ampliar la formación a profesionales de este ámbito.
- Cooperación internacional: Con la finalidad de optimizar la cooperación en el marco europeo internacional.

### *Plan de adicciones de la Comunidad de Euskadi 2011-2015*

El 13 de Diciembre de se aprueba el VI Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2011-2015. Es un plan transversal e integrador con el fin de y mejorar las intervenciones en relación con las drogodependencias.

Este Plan incorpora una novedad, que es las intervenciones a las adicciones sin sustancia, como por ejemplo, la ludopatía.

De la misma manera, se pone especial atención en la actuación preventiva, sobre todo en personas que presentan un factor de riesgo elevado.

El VI Plan de Adicciones mantiene su atención hacia los colectivos que han sido atendidos en los Planes de Drogodependencias a través de la prevención en colectivos tales como la infancia, juventud... y va avanzando en colectivos en una situación de mayor vulnerabilidad, donde se aplican programas de prevención selectivos, porque son los que más problemas tienen en relación con las adicciones.

Existen tres estrategias en este IV Plan: el control de la oferta, la reducción de la demanda y el apoyo a los profesionales.

A partir de ellas se realizan varias intervenciones, con objetivos estratégicos.

Algunos de los objetivos estratégicos que persigue el Plan son los siguientes:

- Implicar a toda la población en llevar a cabo el problema que existe de las drogas, concretando los objetivos, para que la sociedad en su conjunto colabore en el abordaje y en la solución.

- Comparar la relación con otros planes de carácter general o sectorial, y coordinar actividades que se lleven a cabo desde distintas Administraciones.
- Responder a las necesidades de todas las personas afectadas por el problema de las drogodependencias, de manera directa o indirecta.
- Reducir el número de personas que comienzan a utilizar drogas de una manera continuada en el tiempo en la Comunidad Autónoma del País Vasco, retrasando la edad de inicio de este tipo de adicciones.
- Mejorar las relaciones sociales de las personas drogodependientes.
- Mejorar el tratamiento de las personas drogodependientes.
- Mejorar la formación de los profesionales que trabajan en este campo
- Impulsar programas y proyectos basados en la eficacia y la eficiencia.
- Avanzar y profundizar en la perspectiva de género de este Plan
- Desarrollar la prevención sobre todo en población selectiva, es decir, personas que sean más vulnerables a desarrollar un problema de drogodependencia.

*Plan estratégico sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunidad Valenciana 2006-2010.*

La política del Consejo de la Comunidad Valenciana, establece los criterios para desarrollar y poner en marcha un Plan Estratégico como marco de actuación.

La comunidad Valenciana ha crecido mucho durante los últimos años en población, hasta llegar a alcanzar 4.700.000 de personas. Este gran numero de población, utiliza los servicios de sanitarios y por lo tanto, en base a las drogas, hace una demanda de tratamiento y asistencia por el uso o abuso de sustancias adictivas.

El ámbito de la prevención es algo en el que hacen especial hincapié, y se divide en diferentes áreas que son: escolar, familiar, laboral y comunitario. Adecuándose los objetivos y estrategias de actuación a las necesidades y demandas de cada uno de ellos.

Se tiene también en cuenta la Asistencia Sanitaria, que como ya hemos comentado con anterioridad el fenómeno de las drogodependencias va en constante incremento, y por lo tanto se necesita asistencia para realizar un seguimiento o tratamiento de aquellas personas que lo necesiten. Por lo tanto la finalidad según el Plan estratégico sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunidad Valenciana es: "Mejorar la accesibilidad y la atención integral de las personas afectadas por cualquier tipo de drogodependencia u otro trastorno adictivo en el ámbito de la Comunitat Valenciana".

También existe un área de Integración Social que se encarga de funcionar como un circuito terapéutico para que las personas que estén afectadas por el fenómeno del uso y abuso de las drogodependencias, pasen a un periodo de rehabilitación, y conseguir reinsertarlos en la sociedad a través de una fase de normalización en los diferentes ámbitos. Esta área lleva a cabo diversos programas: Atención socio-educativa integral, atención familiar y seguimiento de los tratamientos prescritos y de las orientaciones terapéuticas.

Este Plan de la Comunidad Valenciana, también tiene un área de coordinación institucional y participación social que consiste básicamente en definir las actuaciones de coordinación institucional para poder realizar una mejora de los programas y servicios, de esta manera se incita a la colaboración de la comunidad valenciana, desarrollando las políticas de participación social.

A grandes rasgos, podemos extraer que los puntos en común que tienen los cuatro planes de adicciones son los siguientes:

1. Mejorar la coordinación y la cooperación y lograr una sensibilización

pública. La coordinación y la cooperación en el ámbito de las drogas, tanto a escala europea como nacional puede mejorar, lo que hará posible que las políticas interesen a profesionales y a al mismo tiempo estas estructuras pueden facilitar información a las políticas. Por lo tanto, hay que fomentar la cooperación internacional. La eficacia de la UE es el mayor aportador del mundo en la búsqueda de soluciones sostenibles para el problema de las drogas, y como consecuencia aumentará considerablemente si mejora la coordinación de las políticas nacionales y comunitarias.

2. Reducir la demanda de las drogas. Es decir; mejorar la eficacia de las medidas para reducir el consumo de drogas. Esto se lleva a cabo desde una adecuada prevención en distintos ámbitos (familiar, escolar, laboral y comunitario). También implica prestar una atención especial a una población selectiva, es decir, a aquel grupo de población más vulnerable y que requiere y necesita de más cuidados.
3. Reducir la oferta de drogas. En la UE se necesitan unos servicios de seguridad más eficaces para luchar contra el tráfico de drogas. Las actuaciones deberán partir de un enfoque basado en la información, que priorice de manera sistemática a los proveedores que causen el mayor daño o que supongan amenazas.
4. Ampliar y mejorar la formación de los profesionales, para que sean mejores conocedores de los riesgos y consecuencias que pueden ocasionar las drogas. Y saber cómo abordar este fenómeno de manera más eficaz.
5. Asistencia y tratamiento. En nuestra sociedad actual existe cada vez más un uso y abuso de drogas, por lo que la asistencia sanitaria debe de ser

consciente de ello, y llevar a cabo un tratamiento terapéutico o un seguimiento de las personas drogodependientes, como es preciso, atendiendo a las necesidades de cada persona afectada.

## **7. Plan de prevención del consumo de cannabis en adolescentes**

### **1. Introducción**

El consumo de drogas en nuestra Comunidad Autónoma se ha convertido en un problema importante de nuestro entorno. En este sentido se han creado planes para luchar contra esta problemática.

A partir de la entrevista con una educadora social del Centro Municipal de Atención y Prevención de Adicciones (CMAPA), hemos conocido que se han dado cambios en los perfiles de los consumidores, ha disminuido la edad de inicio y cada vez se asocia más con la ocupación de ocio y tiempo libre. Además, han aparecido más sustancias y han aumentado las enfermedades mentales acaecidas por el consumo de drogas.

Tal y como afirma la Doctora Andrés, del Centro Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen, existe una relación muy estrecha entre el consumo de tóxicos y el aumento de las enfermedades mentales. Una persona que consume alguna sustancia tóxica puede provocarle una enfermedad mental, la cual se ve empeorada si este consumo es muy constante o si se tiene una predisposición genética a padecer alguna enfermedad mental, como podría ser el caso de la esquizofrenia. Toda esta información fue confirmada por la trabajadora social del mismo centro, en el que trabajan con personas con enfermedades mentales, algunas de estas personas han consumido drogas, y esto ha hecho que empeorase su trastorno mental.

Por estos motivos, se crean planes y políticas a nivel nacional y europeo, con los que se buscan prevenir a posibles consumidores y tratar a personas que ya lo han hecho.

Con el objetivo de elaborar un nuevo plan de prevención del consumo de drogas en jóvenes, hemos recopilado información de otros planes de



prevención realizados tanto en España como en Aragón. Así mismo hemos realizado entrevistas a informantes clave, como son la educadora social del CMAPA, a la psiquiatra y a la trabajadora social del Centro Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen. También hemos creído necesario hacer unas entrevistas previas a jóvenes en edades de quince a dieciocho años.

## 2. Análisis de la situación

Para elaborar el plan de prevención, primero debemos recoger información que nos proporciona la realidad actual para poder actuar en consonancia. La forma en que lo vamos a llevar a cabo es a través de la realización de una encuesta en el Instituto Ángel Sanz Briz (Anexo I). Hemos elegido este Instituto de Educación Secundaria del barrio de Casetas, de Zaragoza porque se trata de un instituto a las afueras de Zaragoza (10 km de la ciudad), el alumnado que acude a este centro no es solo del barrio de Casetas, sino que acuden adolescentes de pueblos de alrededor (Sobradriel, Marlofa, La Joyosa, Camino Real y Torres de Berrellén). Así pues, se pueden conocer los estilos de vida y comportamientos de jóvenes que viven en la periferia de la ciudad de Zaragoza.

También es conveniente conocer los datos de otras encuestas realizadas en la Comunidad Autónoma de Aragón sobre el consumo de drogas en adolescentes en edad escolar, como puede ser el Estudio Estudes 2010, que proporciona información importante acerca de los jóvenes y sus consumos.

En este instituto vamos a realizar una encuesta previa al plan de prevención para conocer cuáles son los comportamientos y los conocimientos de los adolescentes sobre el cannabis.

La elección de esta sustancia se debe a que, a partir del II Plan Autonómico de Drogas de Aragón, el cannabis es la droga ilegal más extendida, siendo la más consumida después del alcohol y el tabaco. Además, según la Encuesta sobre

drogas en la población escolar de 2008, la prevalencia sobre esta sustancia aumenta con la edad.

Otro dato significativo de esta encuesta, es que los aragoneses entre catorce y dieciocho años, tienen más tendencia a consumir cannabis respecto al resto de España.

Así pues, creemos en la necesidad de elaborar un plan de prevención del consumo de cannabis por las circunstancias anteriormente citadas.

La muestra escogida son jóvenes con edades comprendidas entre 16 y 18 años (se tomara también aquellos de 15 años que no habiendo cumplido todavía la edad mínima de 16, la cumplirán a lo largo del año actual), que cursen 4º de E.S.O.

Las primeras diez preguntas planteadas en la encuesta están relacionadas con los conocimientos que poseen los jóvenes acerca del cannabis. Cabe decir en primer lugar que los adolescentes ya habían participado en charlas de prevención e información de drogas, con lo cual poseían información sobre esta sustancia.

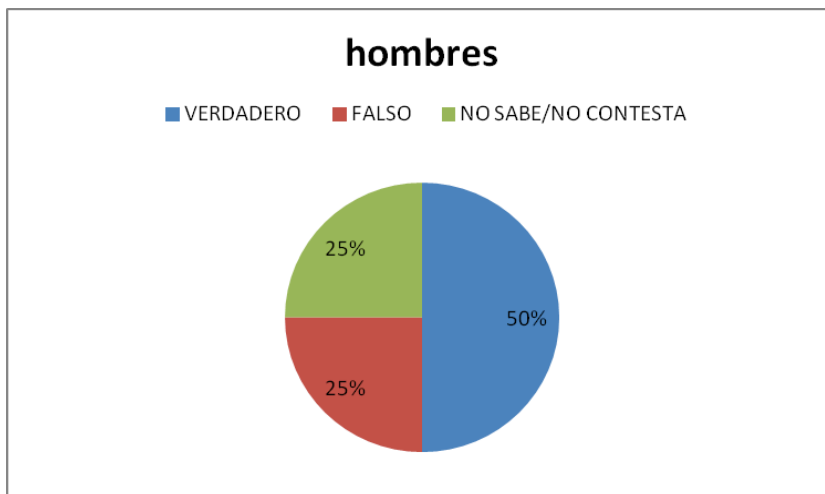
La muestra escogida está compuesta por 8 hombres y 15 mujeres, lo que supone el 35% y el 65% respectivamente.

A continuación presentamos los resultados encontrados en la encuesta en función de las preguntas realizadas:

#### 1. ¿El consumo de cannabis aumenta el apetito?

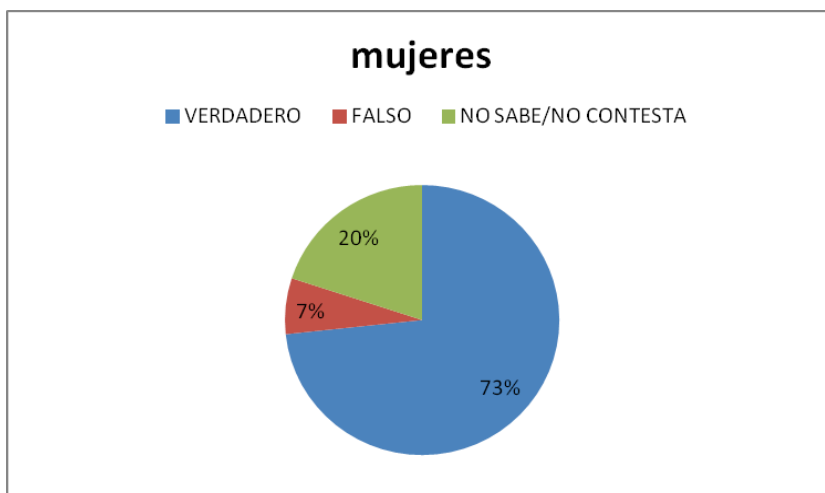
Las respuestas posibles podían ser “verdadero”, “falso” o “no sabe/no contesta”. Se puede observar en el gráfico como la mitad de los encuestados han respondido que es cierto, mientras que las otras dos respuestas han estado divididas por igual.

Gráfico 1:



La gran mayoría de las mujeres han respondido que sí que es cierto que el cannabis aumenta el apetito, mientras que ha habido un pequeño porcentaje que ha contestado que es falso y el 20% no conocía la respuesta correcta.

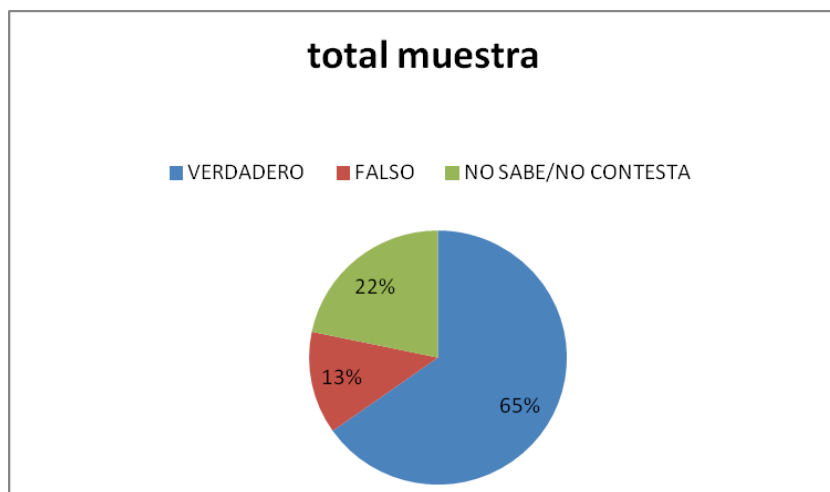
Gráfico 2:



Tras ver las respuestas de los jóvenes encuestados por separado, en este gráfico se observa el total de las respuestas de los adolescentes. Se ve como más de la mitad de las respuestas han respondido con "verdadero", el resto de respuestas se han dividido, obteniendo más el "no sabe/no contesta".

Se puede decir que la mayoría de la muestra encuestada conocía la respuesta correcta. Ya que una de las consecuencias del consumo de cannabis es el aumento del apetito.

Gráfico 3:

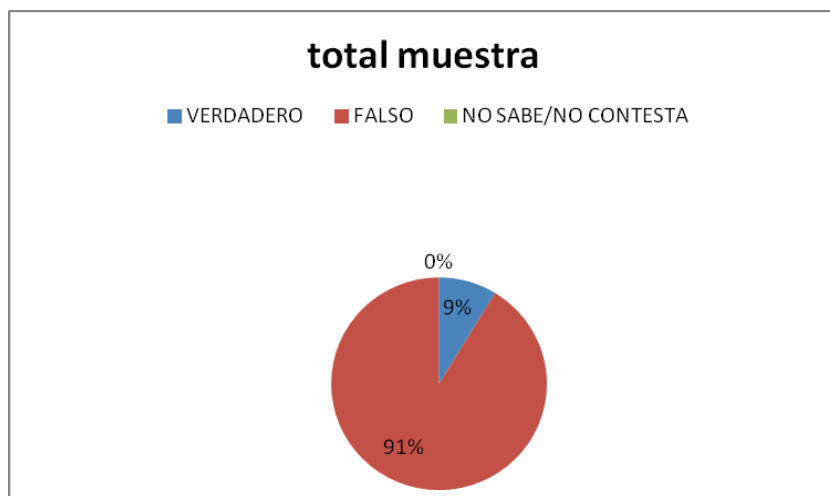


## 2. ¿El consumo de cannabis puede curar alguna enfermedad como el cáncer?

En esta pregunta las respuestas de los hombres y de las mujeres han sido muy parecidas, ya que el porcentaje de hombres han sido el 12% "verdadero" y el 88% "falso"; ninguno ha elegido la respuesta de "no sabe/no contesta". Respecto a las mujeres, las respuestas han sido muy parecidas: el 7% ha elegido "verdadero" y el 93% restante, "falso".

Así pues, el gráfico 4 representa a toda la población encuestada. Aquí se puede observar como el conjunto de las respuestas son muy parecidas a las de la población separada por sexos.

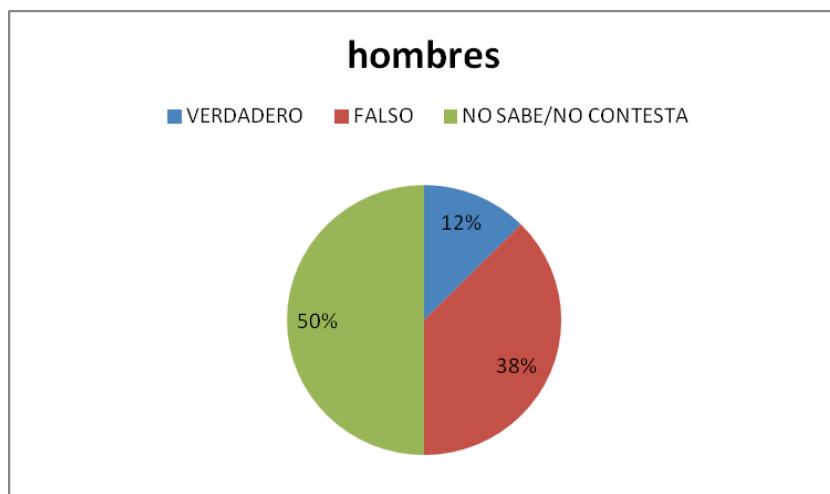
Gráfico 4:



### 3. ¿El cannabis siempre produce los mismos efectos?

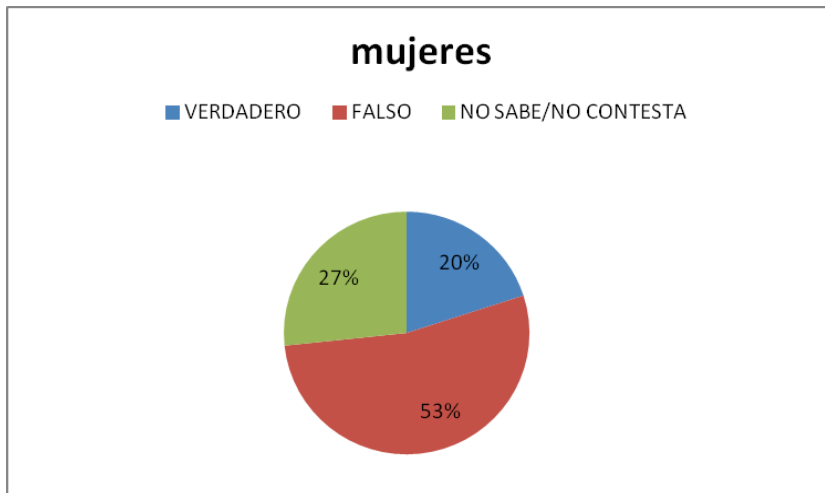
Las respuestas de los hombres han estado repartidas en esta pregunta. El 50% de las respuestas han sido "no sabe/no contesta"; mientras que el otro 50% ha estado repartido entre las otras dos respuestas posibles, siendo la más elegida la de falso.

Gráfico 5:



Aquí vemos como las mujeres estaban más seguras de una respuesta, al contrario que los hombres; ya que más de la mitad han respondido que es "falso". Las otras dos respuestas posibles han estado muy divididas.

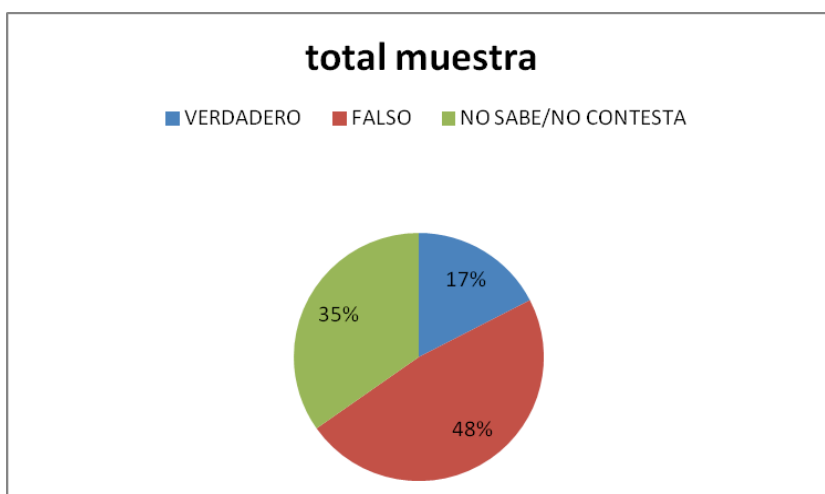
Gráfico 6:



Al sumar todas las respuestas de ambos sexos, se observa como la mayoría han utilizado "falso". Aunque una parte importante de la muestra (35%), no sabía la respuesta.

La respuesta correcta es que los efectos dependen de la cantidad consumida, del estado de ánimo del consumidor y de su personalidad.

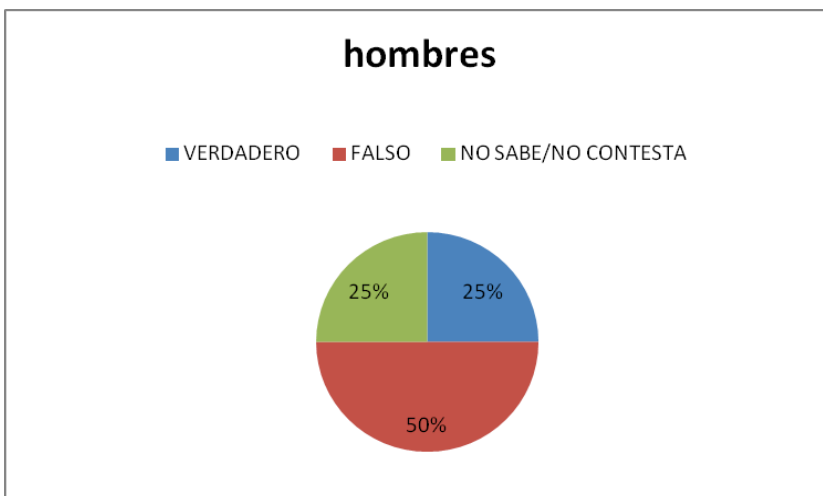
Gráfico 7:



4. Cuando el médico te receta el cannabis como tratamiento, ¿también se consume fumado?

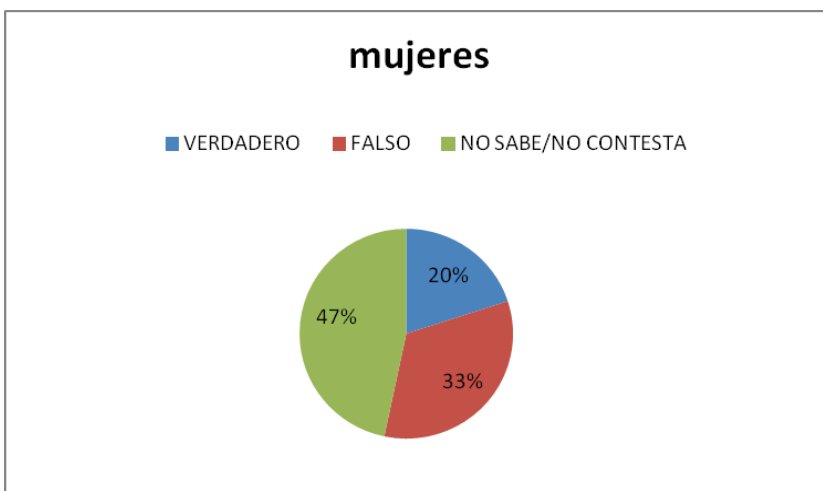
En el gráfico 8 se observan las respuestas de los hombres de la muestra en relación a la pregunta planteada. En este caso, la respuesta más utilizada ha sido la de “falso”, mientras que las otras dos posibles opciones se han dividido por igual.

Gráfico 8:



En este caso, las mujeres han respondido en su mayoría “no sabe/no contesta”. Las otras dos posibles respuestas se han repartido (verdadero 20% y falso 33%) más o menos por igual.

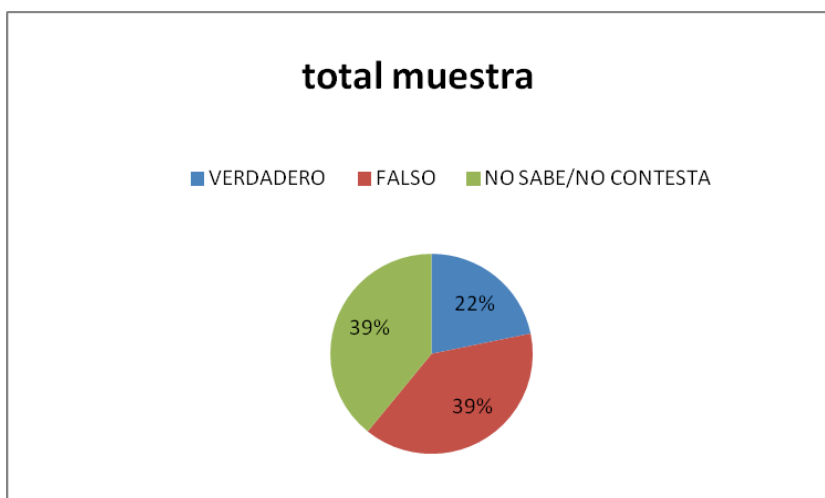
Gráfico 9:



En este gráfico observamos las respuestas del total de la muestra escogida. Las respuestas de “no sabe/no contesta” y de “falso” se han dividido por igual; mientras que el porcentaje restante ha respondido con “verdadero”.

La realidad es que el uso terapéutico del cannabis es un tema muy estudiado y se emplea en algunos casos, para el tratamiento en cánceres terminales para paliar el dolor, entre otros. En estos casos, se consume generalmente fumado. Así que la mayoría de la muestra no conocía la respuesta correcta.

Gráfico 10:



Respecto a la pregunta de que si los problemas se solucionan fumando cannabis. Las respuestas del total de la muestra tomada han sido el 100% “falso”.

Las respuestas de los jóvenes en su totalidad han sido correctas. Destacamos como aspecto la unanimidad de los dos sexos ante la obviedad de la pregunta.

La pregunta de “fumar cannabis es mejor que fumar tabaco” también ha habido unanimidad en toda la muestra. Las respuestas han sido correctas, porque han contestado que esta pregunta es falsa.

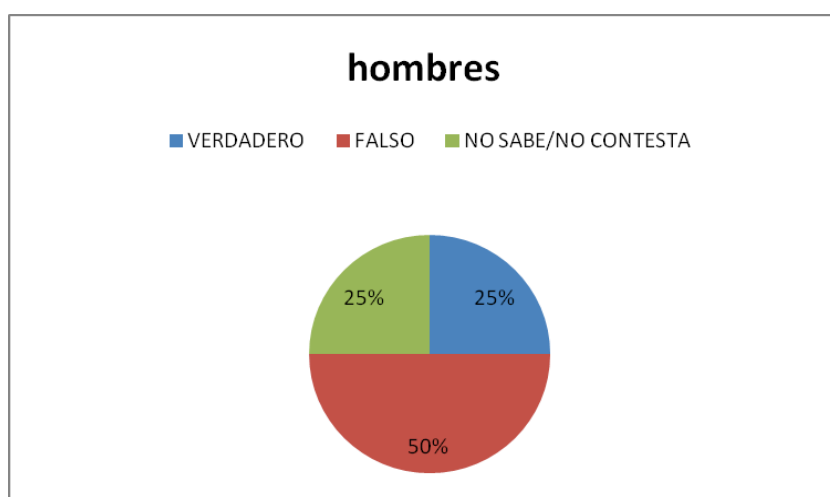


La realidad es que el cannabis contiene sustancias que son más perjudiciales para la salud porque, consumir cannabis conlleva consumir tabaco. Así que se consumen las dos sustancias a la vez, produciendo mayores peligros.

#### 5. ¿La mayoría de los adolescentes consumen cannabis?

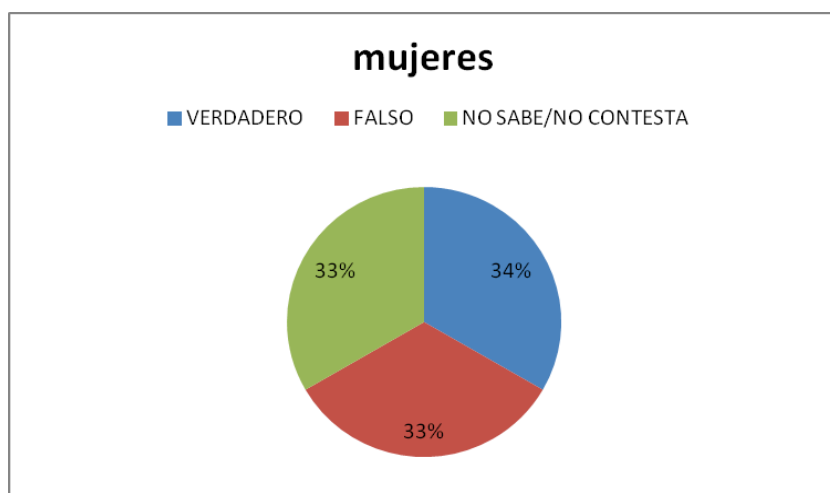
En este gráfico vemos como el 50% de las respuestas han sido “falso”, mientras que las otras dos posibles respuestas se han dividido por igual.

Gráfico 11:



En este caso, se puede observar como las mujeres han dividido sus respuestas por igual.

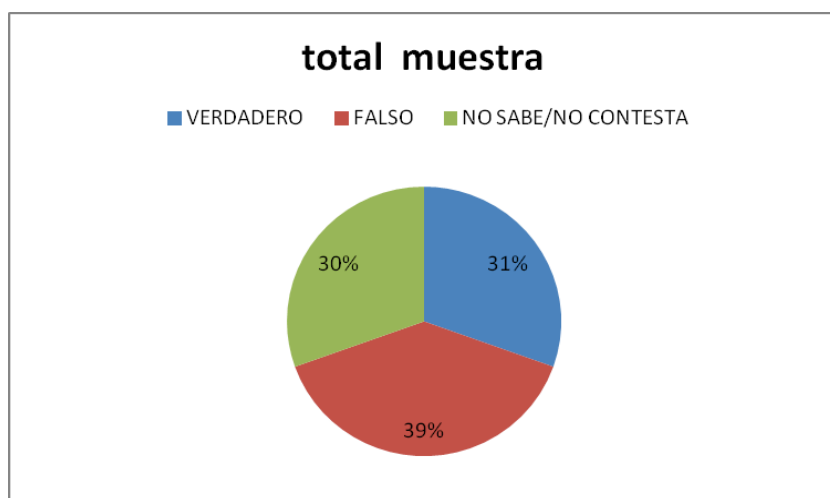
Gráfico 12:



Al unir todas las respuestas de ambos sexos, podemos observar como la mayoría ha respondido que la pregunta planteada es falsa; mientras que las otras posibles respuestas se han dividido casi por igual.

La realidad es que el cannabis es la droga más consumida en España por los adolescentes, según estudios. Esto no quiere decir que sea consumida por todos los adolescentes, pero sí que hay un riesgo sobre su consumo.

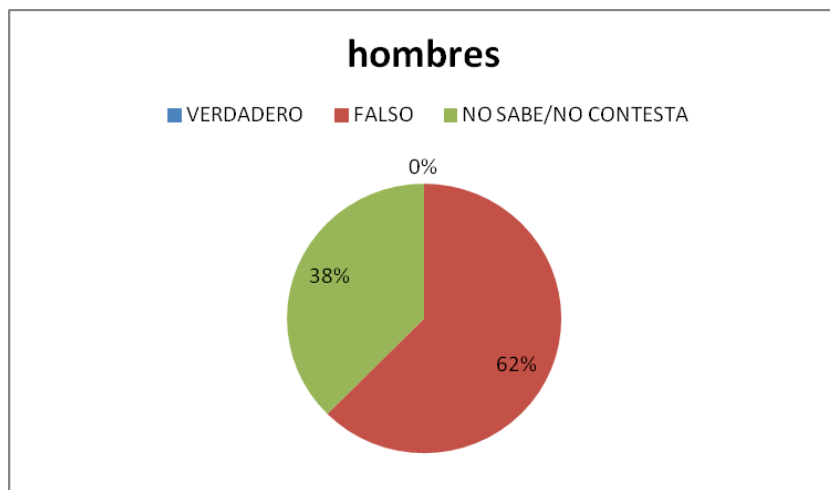
Gráfico 13:



#### 6. ¿La mayoría de los adultos fuman cannabis?

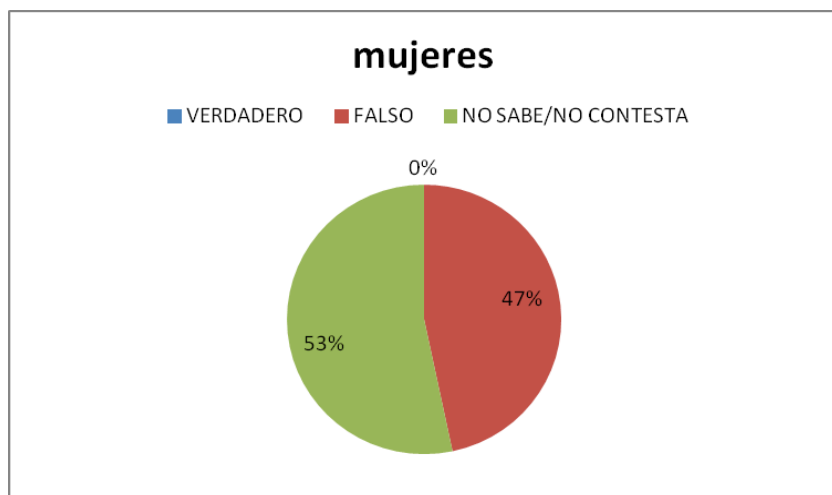
Se observa como la gran mayoría han respondido que es falsa esta pregunta. Ninguno ha contestado que es cierto, mientras que el resto del porcentaje (38%) "no sabe o no contesta".

Gráfico 14:



En este caso, las mujeres se han dividido casi por igual entre “falso” (47%) y “no sabe/no contesta” (53%). De esta manera se puede comprobar cómo las mujeres de la muestra escogida no están seguras de la respuesta correcta.

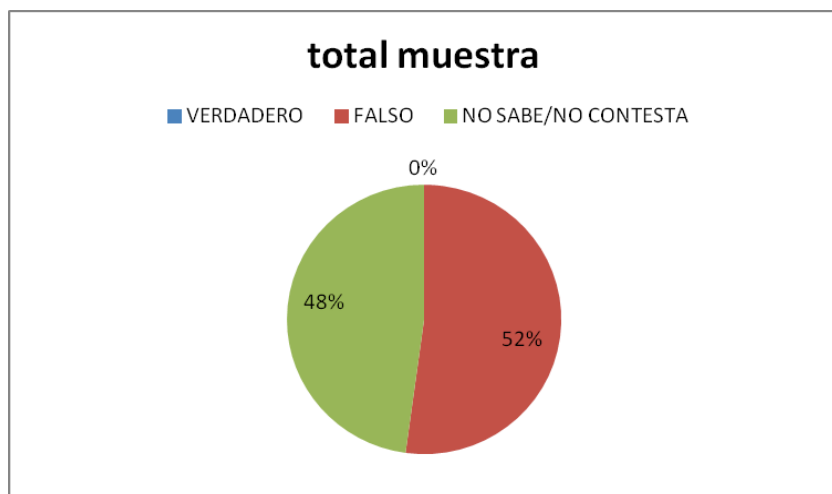
Gráfico 15:



En este gráfico observamos que las respuestas de toda la muestra escogida se corresponde casi de forma igualada entre “no sabe/no contesta” (48%) y “falso” (52%).

La realidad sobre esta pregunta es que el cannabis es una de las drogas de inicio entre los adolescentes, con lo cual, su consumo es más común entre ellos, no entre adultos. Aunque esto no quiere decir que los adultos no la consuman.

Gráfico 16:



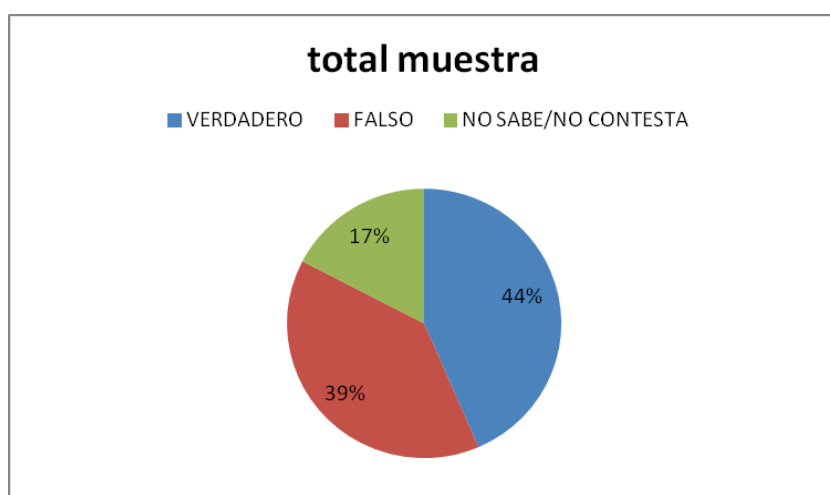
## 7. ¿La marihuana y el hachís son la misma droga?

El gráfico representa las respuestas de ambos sexos juntas. Por separado, las respuestas de los hombres han sido el 50% "verdadero" y el otro 50% restante, se han dividido entre las otras dos respuestas posibles, siendo "falso" la más utilizada de las dos (37%).

En el caso de las mujeres, las respuestas de "verdadero" (40%) y "falso" (40%) han sido elegidas por igual, quedando menos utilizada "no sabe/no contesta" (20%).

La respuesta correcta es que tanto la marihuana como el hachís son derivados del cannabis, siendo sus efectos los mismos.

Gráfico 17:

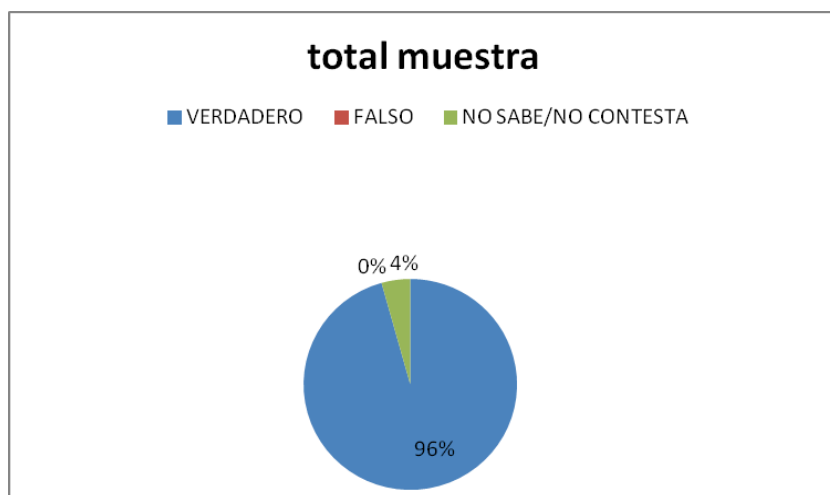


## 8. ¿El consumo de cannabis reduce la capacidad de atención?

Este gráfico muestra el total de la población escogida respecto a la pregunta "el consumo de cannabis reduce la capacidad de atención". Se observa cómo el 96% de las respuestas han sido de "verdadero", mientras que un 4% "no sabe/no contesta".

La respuesta más habitual ha sido la correcta, porque una de las consecuencias del consumo de cannabis es la reducción de la capacidad de atención.

Gráfico 18:

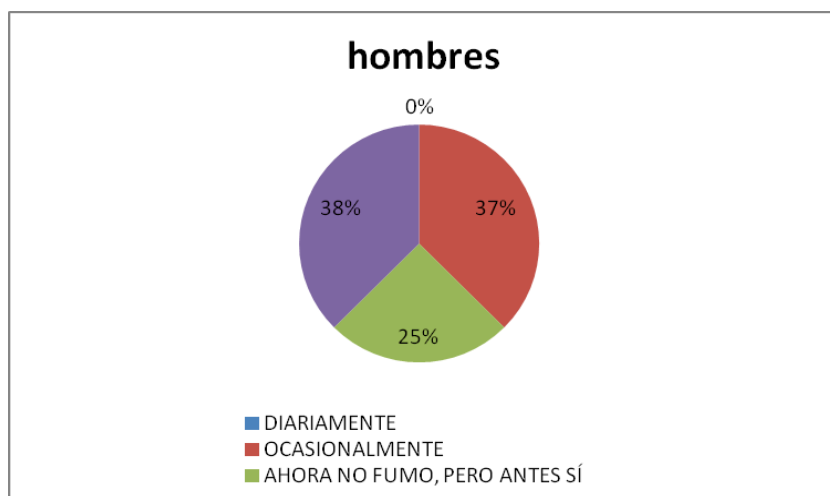


Después de haber evaluado los datos respecto a los gráficos anteriores acerca de cuáles eran los conocimientos que poseían los jóvenes sobre el cannabis, vamos a exponer a continuación los datos obtenidos en las encuestas sobre la situación personal de los encuestados acerca del consumo de tabaco y de cannabis.

## 9. ¿Fumas tabaco?

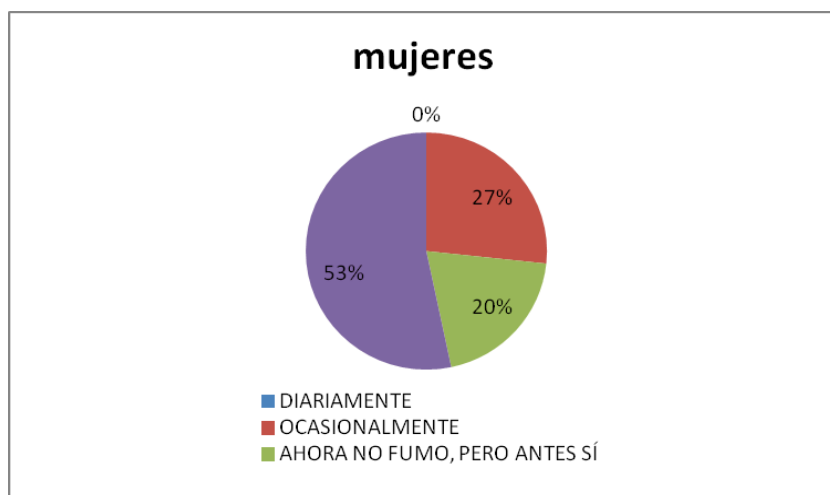
Este gráfico representa la población masculina encuestada respecto a la pregunta de si fuman tabaco. Podemos observar en el gráfico como no hay ningún alumno que fume diariamente, pero sí que hay un 25% que si que fumaba anteriormente, pero ahora ya no. Entre ocasionalmente y nunca he fumado hay casi un empate.

Gráfico 19:



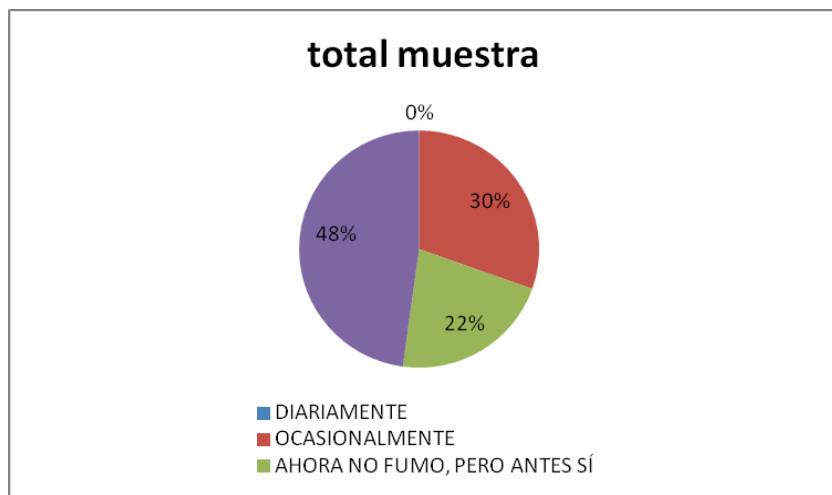
En este gráfico observamos las respuestas de las mujeres. Vemos que tampoco hay ninguna mujer de la muestra que fume diariamente. Más de la mitad nunca ha fumado, el 27% fuma ocasionalmente y el 20% ahora no lo hace pero antes sí.

Gráfico 20:



En este caso, se puede observar como casi la mitad de la muestra escogida nunca ha fumado tabaco. Del resto de porcentaje, el 30% lo hace ocasionalmente y el 22% antes fumaba pero ahora no.

Gráfico 21:

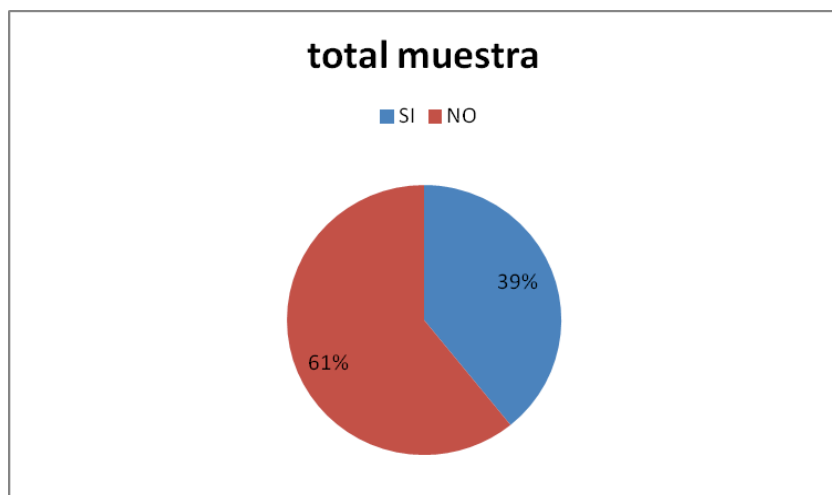


#### 10. ¿Has fumado alguna vez cannabis?

El 61% de los encuestados vemos que no ha fumado nunca cannabis, pero sí que hay un porcentaje (39%) que sí que lo ha hecho.

La realidad es que en la adolescencia los jóvenes están en riesgo de consumir esta sustancia y aquí lo podemos observar.

Gráfico 22:

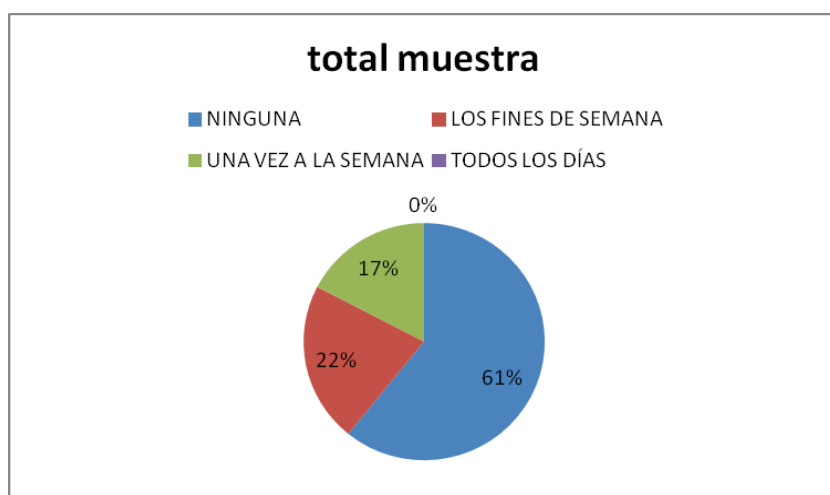


### 11. En el último mes, ¿cuántas veces has consumido cannabis?

Más de la mitad de la muestra no ha consumido ninguna vez a lo largo del último mes. Vemos como nadie ha consumido todos los días. Del porcentaje restante, el 17% de la muestra ha consumido una vez a la semana y el 22% lo ha hecho los fines de semana.

Vemos que el porcentaje de no consumidores es más bajo que el de consumidores, pero sigue existiendo problema con este consumo, aunque solo sea con una pequeña muestra de la población escogida. Esto hay que trabajarlo.

Gráfico 23:

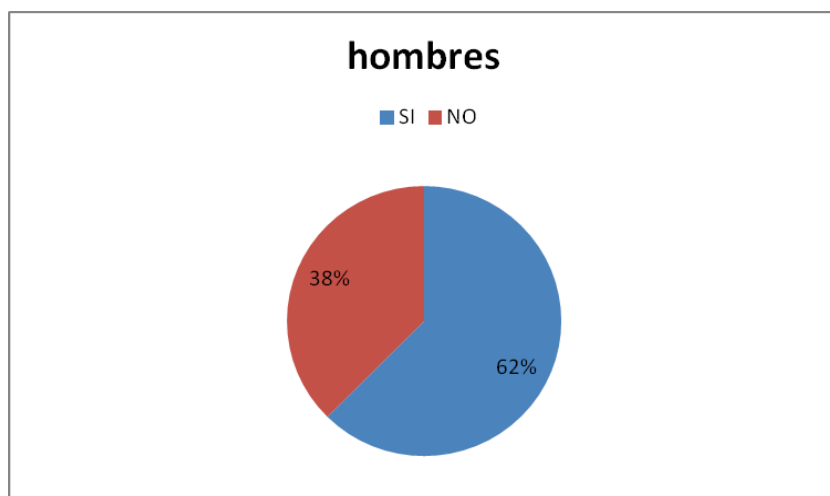


### 12. ¿Has probado alguna otra droga?

El gráfico 24 nos muestra la información obtenida de las encuestas, en este caso, la representación de los hombres. Observamos que el 62% ha probado otra droga, frente al 38% que no lo ha hecho.



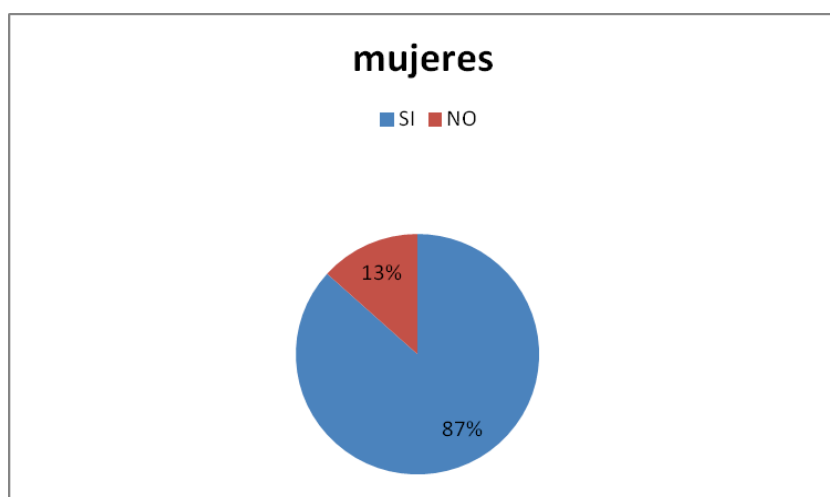
Gráfico 24:



Respecto a las respuestas de las mujeres, el 87% si que ha probado algún otro tipo de droga, mientras que el 13% no lo ha hecho.

El porcentaje del consumo de otra droga es mayor entre las mujeres que en los hombres, siendo la droga consumida por los jóvenes de la muestra el alcohol.

Gráfico 25:



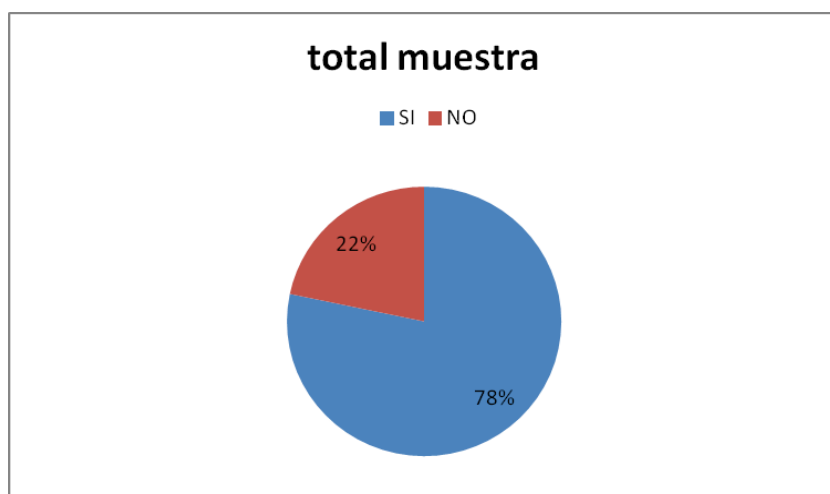
### 13. ¿Has probado alguna otra droga?

En este último gráfico se observa como casi el 80% de la muestra sí que ha probado otra droga, respecto al 22% que no lo ha hecho.

La droga que apuntaron los jóvenes que habían consumido es el alcohol. El consumo de droga es habitual a estas edades y, tras observar los gráficos 24 y 25, donde se representan los resultados de hombres y mujeres respectivamente, se observa como las mujeres tienen más prevalencia al consumo de esta sustancia.

Además de observarse en la muestra escogida, a través del II Plan Autonómico de Drogas de Aragón, la prevalencia del consumo de alcohol entre hombres y mujeres en edades tempranas (14-16 años) es superior en las mujeres que en los hombres.

Gráfico 26:



Haciendo una valoración general de los resultados obtenidos, se puede decir que la muestra escogida es una población la cual está poco influenciada por el consumo de drogas. Pero, si que hay un porcentaje que ha consumido sustancias tóxicas, en particular el cannabis y el alcohol. Así pues, creemos que las líneas en las que hay que trabajar para poder evitar y prevenir estos

consumos es creando un plan de prevención del cannabis, ya que es la droga más consumida.

## **7.1. La decisión es tuya**

### **1. Justificación**

Este plan va destinado a los adolescentes para prevenir el consumo de cannabis. Es un reto que nos hemos planteado para poder ayudar a adolescentes que se comprenden en edades de dieciséis y dieciocho años. Son edades en las cuales los jóvenes son muy vulnerables respecto al tema de las drogas como hemos podido comprobar en el ejercicio anterior con las encuestas.

En el II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas, Aragón 2010 – 2016, se recoge que tras realizar un encuesta a los jóvenes que se comprenden en edades de 14 a 18 años, el alcohol es la sustancia más consumida (el 84% lo ha probado alguna vez en la vida). Al alcohol le sigue el tabaco, ya que 53,1% lo ha consumido alguna vez. La droga ilegal más consumida es el cannabis (29,5% lo ha consumido en los últimos 30 días antes de la encuesta).

Este último dato es el que ha hecho que nuestro plan se centre en el cannabis, ya que es la droga ilegal más consumida por los adolescentes aragoneses.

También cabe decir que estos jóvenes se sienten bastante informados respecto a las drogas, su consumo y sus consecuencias, siendo las vías de información la familia, la escuela y los medios de comunicación.

Además de recoger la información del Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras conductas adictivas de Aragón, en nuestras encuestas hemos averiguado que el cannabis es consumido o ha sido consumido por un porcentaje no muy alto de la muestra escogida, pero suficiente para prevenirles de los riesgos que conlleva.

Así que creemos necesario trabajar en este aspecto para evitar que se siga consumiendo el cannabis y prevenir a otros nuevos posibles consumidores.

## 2. Título del plan

“La decisión es tuya”

## 3. Objetivo general

Concienciar a los adolescentes del riesgo que supone el consumo de cannabis, proporcionando la información necesaria sobre esta sustancia y fomentar estilos de vida saludables a través de actividades motivadoras.

## 4. Objetivos específicos y actividades

### - *Sesión 1:*

Objetivo 1: Conocer los conocimientos de los adolescentes sobre el cannabis.

- Actividad 1: Qué es el cannabis.

#### Desarrollo de la actividad:

En primer lugar se explicará en qué van a consistir las sesiones que se van a realizar con los adolescentes para que ellos conozcan la finalidad del plan de prevención.

A continuación, se va a comenzar averiguando que es lo que los jóvenes saben sobre esta droga. Para ello, se dividirán en grupos de 4 ó 5 personas, dependiendo del grupo, y se les repartirá una cartulina. En esta cartulina tienen que escribir lo que ellos conocen acerca de esta sustancia.

Una vez todos lo hayan plasmado en la cartulina, se hará una puesta en común de los conocimientos.

Estas ideas se guardarán hasta la última sesión para comprobar si los conocimientos que tenían previos se han visto modificados con las sesiones y si han aumentado.

Duración aproximada de la actividad: 40- 50 minutos

Materiales: Cartulinas blancas

- *Sesión 2:*

Objetivo 2: Explicar los conceptos básicos sobre el cannabis y sus derivados.

- Actividad 2: Conceptos básicos sobre el cannabis y sus derivados:

Desarrollo de la actividad:

Una vez conocidos los conocimientos de los adolescentes, se les facilitaran unos conceptos básicos sobre el cannabis:

- Se trata de una droga alucinógena
- Sus efectos sobre el cerebro se deben principalmente a uno de sus principios activos, el Tetrahidrocannabinol (THC)
- Si se consume en pequeñas cantidades sus efectos son de euforia y de sedación
- Es una droga de socialización, se consume en el grupo de amigos
- En cantidades grandes, tiene efectos más alucinógenos, con alteración del sentido del tiempo, sensación de irrealidad...
- La marihuana tarda en eliminarse unos dos meses después del último consumo

- Algunas personas presentan temor, pánico, mareos, sequedad de boca, dilatación pupilar, diarrea, náuseas, sensación de hambre de dulces, laringitis crónica e irritación bronquial.
- Puede existir dependencia psíquica, creándose episodios psicóticos y comportamientos agresivos.
- Las formas más comunes de consumirla es fumándola, comiéndola o masticándola.

Después de proporcionar una serie de conceptos básicos sobre el cannabis, se procederá a explicar los derivados del cannabis:

- Marihuana: se obtiene de la trituration de flores, hojas y tallos secos. Con esta trituration se busca que se compriman para su consumo. Se consume generalmente fumado.
- Hachís: se elabora a partir de la resina que se almacena en las flores de la planta hembra, que se prensa hasta formar un bloque de color marrón. Este bloque con el calor se deshace para su consumo. Su consumo es generalmente fumándolo.
- Aceite de hachís: resina del hachís concentrada y disuelta. Se obtiene después de mezclar en hachís con disolventes. Se puede consumir de diferentes formas, la más común es empapando un papel de liar y fumándolo.

Para que sea más ameno para los jóvenes, se realizará una lluvia de ideas sobre los diferentes nombres relacionados con el cannabis. Se elaborará una lista con aquellos nombres que los adolescentes relacionen con esta sustancia y su significado. Por ejemplo, canuto: cigarro de cannabis o porro.

Duración aproximada de la actividad: 40 - 50 minutos

Materiales: presentación de PowerPoint con las ideas básicas del cannabis y las características de sus derivados. Pizarra.

- *Sesión 3:*

Objetivo 3: Ayudar a los jóvenes a que tomen conciencia sobre el consumo de cannabis.

- Actividad 3: Potenciar la capacidad crítica de los adolescentes para que tomen decisiones por sí mismos, a través de desmentir mitos y leyendas sobre el cannabis.

Desarrollo de la actividad:

Para llevar a cabo esta actividad se comenzará con una lluvia de ideas de los jóvenes sobre aquellas ideas que tengan sobre esta sustancia, ya sea cierta o falsa. El dinamizador las irá apuntando en la pizarra para poder leerlas una vez se haya terminado la lluvia de ideas.

A continuación, la persona encargada de dar la sesión, desmentirá esa serie de mitos y leyendas con la ayuda de los adolescentes. Esta persona planteará un mito, y con la ayuda de los jóvenes se irán desmintiendo.

Unos ejemplos que podrían darse de mitos y leyendas podrían ser los siguientes:

Mito: Es una droga inofensiva para la salud porque es natural.

Realidad: Que sea natural no quiere decir que sea inofensiva. El consumo de cannabis provoca alteraciones en el funcionamiento normal del cerebro.

Mito: El cannabis es una droga terapéutica, por lo que no debe de ser malo consumirla.



Realidad: Que sea natural no quiere decir que sea inofensiva. El consumo de cannabis provoca alteraciones en el funcionamiento normal del cerebro.

Mito: Consumir cannabis es más sano que fumar tabaco.

Realidad: Los usos médicos del cannabis se realizan de forma controlada, no como ocio ni de manera recreativa.

Mito: El consumo de cannabis puede controlarse y no es adictivo.

Realidad: Existen estudios científicos que prueban que su consumo continuado puede producir adicción, especialmente al consumirlo en la adolescencia.

A través de desmentir las creencias que tienen los jóvenes sobre el cannabis, tomarán conciencia de lo que conlleva su consumo y tomarán las decisiones correctas para no perjudicar su salud.

Duración aproximada de la actividad: 40-50 minutos

Materiales: pizarra. Presentación de PowerPoint con los mitos y realidades planteadas por el educador.

- *Sesión 4:*

Objetivo 4: Dar a conocer los efectos fisiológicos y psicológicos que el consumo de cannabis conlleva.

- Actividad 4: Reflexión individual de los jóvenes y puesta en común a través de un role-playing de las consecuencias obtenidas de manera individual:

Desarrollo de la actividad:

Para comenzar con esta actividad, primero el educador buscará la reflexión de los jóvenes sobre los efectos a nivel somático y psicológico que ellos creen que tiene el consumo de cannabis.

Después de la reflexión individual, se hará una puesta en común para que todos conozcan las ideas de los demás compañeros y, después, compararlas con las que ofrezca el educador. Éste las irá apuntando en la pizarra para que no se olvide nada.

Duración aproximada de la actividad: 20 minutos

Materiales: pizarra.

- Actividad 5: Comparar los conocimientos que los jóvenes tienen acerca de las consecuencias del consumo de cannabis, con las proporcionadas por el educador:

Desarrollo de la actividad:

El educador comenzará proponiendo un role-playing, donde la participación de los jóvenes será primordial. Los adolescentes empezarán a dar ideas sobre lo que ellos conocen o creen que son consecuencias del consumo de cannabis y el educador las irá apuntando en la pizarra.

Cuando se haya terminado el roll-playing, se presentarán las ideas en el proyector, que el educador traía preparadas. Es aquí donde se compararan las consecuencias de la presentación con las que los jóvenes han dicho.

Las consecuencias de la presentación serán estas:

Los efectos ocasionados por el consumo de cannabis a corto plazo son:

- A nivel somático:
  - Aumento del apetito
  - Sequedad de boca
  - Ojos enrojecidos
  - Somnolencia
  - Pérdida de control y comportamiento
- A nivel psicológico:
  - Alegría desmedida
  - Sensación de lentitud del paso del tiempo
  - Percepción distorsionada de la realidad
  - Dificultad para pensar y solucionar problemas
  - Problemas de concentración
  - Alteraciones sensoriales
  - Problemas de memoria a corto plazo

Los efectos ocasionados por el consumo de cannabis a largo plazo son:

- A nivel somático:
  - Posible surgimiento de cáncer
  - Posible desencadenamiento en una enfermedad mental
  - Problemas respiratorios y cardiovasculares

- A nivel psicológico:
  - Problemas de memoria y aprendizaje
  - Peores resultados académicos
  - Posible desencadenamiento de un estado psicótico
  - Dependencia a la sustancia
  - Trastornos emocionales y de personalidad
  - Abandono del grupo de amigos no consumidores
  - Percepción distorsionada de la realidad

Duración aproximada de la actividad: 20 minutos.

Materiales: Pizarra. PowerPoint para exponer las consecuencias del consumo de cannabis, tanto a corto plazo como a largo plazo.

#### - *Sesión 5:*

Objetivo 5: Explicar las diferencias el consumo de cannabis de forma lúdica y con prescripción médica.

- Actividad 6: Cuáles son las diferencias de consumirlo de forma lúdica o de uso terapéutico.

Desarrollo de la actividad:

El educador va a proponer a los jóvenes una lluvia de ideas donde éstos tendrán que decir por qué creen ellos que se consume esta sustancia de forma lúdica, como uso recreativo. El educador las irá apuntando en la pizarra y con la ayuda de éste, las desmentirán.

Duración aproximada de la actividad: 15 minutos.

Materiales: pizarra.

- Actividad 7: Explicar en qué enfermedades se utiliza el consumo de cannabis y porqué.

Desarrollo de la actividad:

Después de hablar de porque se consume el cannabis de uso recreativo, hay que explicarles a los jóvenes el porqué del consumo terapéutico.

Muchos jóvenes creen que consumir cannabis es bueno porque es una sustancia natural y puede ser utilizada para usos médicos. Los consumidores de esta sustancia creen que, por esto, no es perjudicial.

La finalidad de esta sesión es hacerles ver que esto no es así. En la actualidad existen muchos debates acerca del consumo de cannabis como uso terapéutico en situaciones paliativas. El problema de consumirse para uso terapéutico es que no pueden evitarse los efectos secundarios.

Que un médico recete el cannabis para paliar el dolor, es en casos de personas que padecen el SIDA, ya que les produce el aumento del apetito y en enfermos de cáncer para evitar las nauseas y vómitos que produce la quimioterapia.

Así pues, el cannabis no cura, sino que alivian síntomas de estas enfermedades.

Duración aproximada de la actividad: 15 minutos.

Materiales: Presentación de PowerPoint con estas ideas para que se vea todo más claro.

- Actividad 8: Comparar las cartulinas de la primera sesión donde se plasman los conocimientos que los jóvenes tenían en un principio con los que han obtenido a lo largo de las cinco sesiones.

Desarrollo de la actividad:

La primera sesión comenzó averiguando que era lo que los adolescentes conocían acerca del cannabis. Todas estas ideas se plasmaron en una cartulina que se guardó para poder compararlas con las que tienen al final de las cinco sesiones.

Así pues, se colocará la cartulina en la pizarra donde todos puedan verla. El educador las leerá una por una, dando tiempo entre ellas para comprobar si se han mejorado o modificado los conocimientos respecto a lo que dijeron en un principio.

Después, se añadirán en otra cartulina los nuevos conocimientos que los jóvenes han aprendido a lo largo de las cinco sesiones.

Duración aproximada de la actividad: 10 minutos

Materiales: La cartulina de la primera sesión y otra nueva.

- Actividad 9: Encuesta de evaluación:

Desarrollo de la actividad:

Para finalizar, se entregará una encuesta a cada alumno para poder evaluar los conocimientos adquiridos gracias a las cinco sesiones y una evaluación acerca de lo que les ha parecido el programa. (Está al final)

Duración aproximada de la actividad: 5 minutos

Materiales: encuesta

## 5. Desarrollo

Lo que hemos hecho para llevar a cabo este plan de prevención del consumo de cannabis en adolescentes ha sido a través de entrevistas con profesionales especializados en el tema de salud mental y consumo de tóxicos, ya que obtuvimos información útil para abordar el tema del consumo de drogas y salud mental.

Mediante un cuestionario rellenado por jóvenes que cursan 4º de E.S.O. en el Instituto de Educación Secundaria Ángel Sanz Briz, hemos obtenido información directa sobre su consumo de cannabis.

A partir de esta encuesta y del II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas, Aragón 2010 – 2016, hemos comprendido que el cannabis es la droga ilegal más consumida.

Las sesiones que hemos planteado tratan de alcanzar los objetivos específicos propuestos, los cuales responden a la información extractada en el marco teórico. El contenido de las sesiones se extrae de la información obtenida sobre el cannabis a través de bibliografía, planes de prevención de adicciones autonómicos, nacionales y europeos.

También emplearemos un cuestionario que se facilitará a los adolescentes al finalizar las cinco sesiones, para conocer si han aumentado o han aprendido más sobre el cannabis. Además, en la encuesta, realizaremos algunas preguntas relacionadas con las sesiones. El educador que lleve a cabo cada sesión, al finalizarla se tendrá que encargar de evaluar la participación de los jóvenes, el sexo y el número.

## 6. Destinatarios

La población a la que va dirigida este plan de prevención, son jóvenes entre dieciséis y dieciocho años de edad, de la ciudad de Zaragoza, que sean o no

consumidores de cannabis. Se buscarán institutos de educación secundaria para poder ofrecer este programa de prevención.

## 7. Duración

Cada objetivo se realizará en una sesión, de unos 40-50 minutos cada una. Como cada objetivo está dividido en actividades, cada actividad del mismo objetivo se realizará en la misma sesión.

Las sesiones se darán en un intervalo de una o dos semanas. Así que, en total, este programa puede durar uno o dos meses.

## 8. Lugar de aplicación

En cualquier centro de educación secundaria, para trabajar desde el ámbito educativo con adolescentes.



## 9. Cronograma

<b>SESIÓN</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DURACIÓN</b>
Sesión 1	Conocer los conocimientos de los adolescentes sobre el cannabis	- Qué es el cannabis	40 – 50 minutos
Sesión 2	Explicar los conceptos básicos sobre el cannabis y sus derivados	- Conceptos básicos sobre el cannabis y sus derivados	40 – 50 minutos
Sesión 3	Ayudar a los jóvenes a que tomen conciencia sobre el consumo de cannabis	- Potenciar la capacidad crítica de los adolescentes para que tomen decisiones por sí mismos, a través de desmentir mitos y leyendas sobre el cannabis	40 – 50 minutos
Sesión 4	Dar a conocer los efectos fisiológicos y psicológicos que el consumo de cannabis conlleva	- Reflexión individual de los jóvenes y puesta en común a través de un rolle-playing de las consecuencias obtenidas de manera individual  - Comparar los conocimientos que los jóvenes tienen acerca de las consecuencias del consumo de cannabis, con las proporcionadas por el educador	40 - 50 minutos
Sesión 5	Explicar las diferencias del consumo de cannabis de forma lúdica y con prescripción médica	- Cuáles son las diferencias de consumirlo de forma lúdica o de uso terapéutico  - Explicar en qué enfermedades se utiliza el consumo de cannabis y porqué  - Comparar las cartulinas de la primera sesión donde se plasman los conocimientos que los jóvenes tenían en un principio con los que han obtenido a lo largo de las cinco sesiones  - Encuesta de evaluación	40 – 50 minutos

## 10. Evaluación

Para comprobar si se han alcanzado los objetivos del plan a través de las cinco sesiones, se realizará una evaluación en la última sesión con los alumnos donde se comprobarán los conocimientos que han adquirido y si les ha gustado o no el programa. Esta evaluación se encuentra en anexos.

También, el educador al finalizar cada sesión, deberá realizar una evaluación donde se plasme la participación de los alumnos, el número de participantes y el sexo.

## **8. Resultados y Conclusiones**

Para la realización de este trabajo fin de grado nos planteamos tres objetivos y hemos comprobado si se han cumplido o no.

El primer objetivo se corresponde con “conocer las creencias de los jóvenes de entre dieciséis y dieciocho años de edad en relación al consumo de tóxicos (drogas y alcohol), hábitos de consumo y salud mental”. Este objetivo se ha cumplido ya que, a partir de los cuestionarios que rellenaron una serie de jóvenes del Instituto de Educación Secundaria, Ángel Sanz Briz, de Casetas, hemos podido conocer los conocimientos que poseían acerca del consumo de tóxicos, en concreto del cannabis, los hábitos de consumo y algunos aspectos relacionados con la salud mental. Esto se puede comprobar en la encuesta tipo que se encuentra en anexos. También hemos conocido estos datos a través de la información extraída de la bibliografía consultada.

El segundo objetivo planteado era “realizar una encuesta en un Instituto de Educación Secundaria en la ciudad de Zaragoza, para averiguar los conocimientos de los jóvenes acerca del cannabis”. Como ya hemos dicho en el primer objetivo, la encuesta la pudimos llevar a cabo en el instituto nombrado. Este instituto colaboró con nosotras facilitándonos una de las clases de 4º de E.S.O., que estaba formada por alumnos de entre 15 y 17 años de edad.

El último objetivo realizado era “elaborar un plan de prevención del consumo de tóxicos en jóvenes entre dieciséis y dieciocho años, a partir de lo obtenido en los resultados de las encuestas realizadas en el Instituto de Educación Secundaria, de la ciudad de Zaragoza”. También hemos podido llevar a cabo este objetivo porque, tras la lectura rigurosa de planes y proyectos en vigor de prevención de tóxicos, hemos podido extraer las bases esenciales para elaborar nuestro propio plan de prevención.

Además, es importante nombrar, las entrevistas realizadas a profesionales del ámbito de la salud mental y las drogodependencias (Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen y CMAPA), que nos han dado a conocer la realidad existente para que nuestro plan se acercase más a la situación actual.

Tras elaborar los objetivos, nos planteamos las hipótesis relacionadas con éstos. A través de las hipótesis buscamos confirmar o desmentir lo relacionado con los objetivos.

La primera hipótesis se refiere a “los conocimientos de los jóvenes acerca del consumo de drogas y alcohol y sus consecuencias son amplios”. Según lo obtenido en las encuestas, la población objeto había recibido charlas de prevención e información de drogas. Por lo tanto, esta hipótesis se confirma, lo que no quiere decir que estén concienciados del riesgo que puede suponer el consumo de sustancias tóxicas.

La segunda hipótesis que habla sobre “la intervención con adolescentes servirá para elaborar el plan de prevención de tóxicos”. Esta hipótesis se refiere que a través de la información extraída de las encuestas que pasamos a los adolescentes, podamos elaborar nuestro plan de prevención centrándonos en el cannabis.

Así pues, podemos decir que se confirma porque de los datos obtenidos en estas encuestas sí que hemos podido diseñar el plan de prevención apoyándonos en las respuestas obtenidas por los alumnos del centro.

La última hipótesis que nos hemos planteado, habla de “la prevención del consumo de drogas en adolescentes es fundamental para gozar de una buena salud, tanto mental como física”. Tras lo obtenido de las lecturas rigurosas de documentos, libros, artículos y planes de prevención, hemos podido confirmar que esto es cierto. Por esto, en nuestro plan de prevención hemos querido fomentar estilos de vida saludables, fomentando las habilidades sociales de los jóvenes para mostrar resistencia al consumo del cannabis.

Además, proporcionando información sobre las consecuencias que el consumo conlleva tanto físicas como mentales, se puede influir en la toma de decisiones de los jóvenes.

Una vez comprobado los resultados de los objetivos y de las hipótesis planteadas, cabe decir que la búsqueda bibliográfica nos ha servido para adentrarnos en el ámbito de la salud mental, de las drogas, de los tipos, las consecuencias, la dependencia que pueden crear..., y aquellos modelos teóricos y planes de prevención que se están llevando a cabo a nivel de las comunidades autónomas, como a nivel europeo.

Después de recoger toda esta información, no nos queríamos quedar con sólo eso, sino que quisimos indagar más allá y acercarnos más a la realidad, es por ello que decidimos ponernos en contacto con el Neuropsiquiatra de Nuestra Señora del Carmen y el CMAPA (Centro Municipal de Atención y Prevención a las Adicciones).

Este último centro nos ha ayudado para elaborar nuestro Plan de Prevención, ya que nos proporcionaron una atención e información muy rigurosa acerca de los programas con los que trabajan.

A partir del conocimiento de los programas y planes que se llevan a cabo en la Comunidad Autónoma de Aragón, nos parece interesante como propuesta que se elaborasen programas desde el Gobierno de Aragón para la prevención del consumo de tóxicos entre adolescentes, pero trabajando desde el ámbito familiar y educativo. Esto sería, educar a los padres sobre las drogas, sus consecuencias y demás aspectos relevantes. De esta manera, ayudaríamos a los padres a saber educar a sus hijos en este tema, sin tabús.

## **9. Bibliografía**

Acero, A., Moreno, G., Moreno, J., Sánchez, L. (2002). La prevención de las drogodependencias en el tiempo de ocio. Manual de formación. Madrid: Asociación, Deporte y Vida.

Becerra, R. M. (1999). Trabajo social en drogadicción. Buenos Aires: Lumen Humanitas.

Becoña Iglesias, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Universidad de Santiago de Compostela. Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña Iglesias, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Universidad de Santiago de Compostela. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña Iglesias, E. y Martín, E. (2004). Manual de intervención en drogodependencias. Madrid: Síntesis.

Bobes, J. (1995). Éxtasis. Aspectos farmacológicos, psiquiátricos y médico-legales. Barcelona: Ediciones Neurociencias.

Gobierno de Aragón. (1999). Guía de prevención sobre drogodependencias. Centro de Solidaridad de Zaragoza y Consejo de la Juventud de Aragón.

Crespillo-Enguix, A. (2002). Problemas de los adolescentes. Madrid: ediciones Palabra.

Diputación de Valladolid (2004). Guía de apoyo para la realización de proyectos municipales de prevención de drogas. Valladolid.

Eusebio Megías y Javier Elzo (2006). Jóvenes, valores y drogas. Madrid: FAD.

González, A. M., Barca, A., Seijas, S. (2002). Educación para la salud: un de prevención de las drogodependencias, desarrollo y crecimiento personal. Descripción del programa educativo experimental: "Tu mismo con tu mecanismo". A Coruña: Revista Galelo-Portuguesa de psicoloxía e educación.

Nº 6 (vol.8) On-line. URL:

[http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/6907/1/RGP\\_8-7.pdf](http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/6907/1/RGP_8-7.pdf). [Extraído en: 21 de febrero de 2013]

Comunidad Autónoma de Aragón. Ley 3/2001, de 4 de abril, de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Materia de Drogodependencias. (BOE núm. 118. Pág. 17468. 17 mayo 2001) [Extraído en: 2 de mayo de 2013]

Generalitat Valenciana (2007). Plan Estratégico sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, 2006-2010. Conselleria de Sanitat. *On-line*: URL: [http://www.valencia.es/ayuntamiento/drogodependencias.nsf/0/D71CBBFE2A07CF89C125757400395267/\\$FILE/plan\\_estrat\\_drogo\\_cv.pdf?OpenElement](http://www.valencia.es/ayuntamiento/drogodependencias.nsf/0/D71CBBFE2A07CF89C125757400395267/$FILE/plan_estrat_drogo_cv.pdf?OpenElement) [Extraído en: 26 de julio de 2013]

Gobierno de Aragón. Servicio de Promoción de la Salud y Participación Comunitaria (2009). Prevención de drogodependencias en el marco de la promoción de la salud. Zaragoza: INO Reproducciones, S.A.

Gobierno de Aragón (2010). II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas, 2010-2016. Departamento de Salud y Consumo. *On-line*: URL: <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/IIPlanAutonomicoDrogasAragon.pdf>. Extraído en: 23 de julio de 2013]

Gobierno de España (2009). Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Plan de Acción sobre Drogas. España 2009-2012. Ministerio de Sanidad y Política Social. *On-line*: URL: [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PlanAccion2009\\_2012.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PlanAccion2009_2012.pdf). [Extraído en: 4 de agosto de 2013]

Gobierno de España (2012). Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Plan de Acción sobre Drogas. España 2013-2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *On-line*: URL:



[http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PLAN\\_ACCION\\_SOBRE\\_DROGAS2013\\_2016.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PLAN_ACCION_SOBRE_DROGAS2013_2016.pdf). [Extraído en: 4 de agosto de 2013]

Gobierno Vasco (2011). VI Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2011-2015. Dirección de Drogodependencias Departamento de Sanidad y Consumo. *On-line*: URL: [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckdrog05/es/contenidos/informacion/2777/es\\_2238/adjuntos/PLAN%20DEFINITIVO%20Castellano.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckdrog05/es/contenidos/informacion/2777/es_2238/adjuntos/PLAN%20DEFINITIVO%20Castellano.pdf). [Extraído en: 26 de julio de 2013]

Informaciones Procedentes de Instituciones y Órganos de la Unión Europea (2008). Plan de Acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga 2009-2012 (Diario Oficial de la Unión Europea. C 326/7. 20.12.2008). *On-line*: URL: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:326:0007:0025:es:PDF>. [Extraído en: 2 de agosto de 2013]

Lorenzo, P. [et.al]. (1998). Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Madrid: Panamerciana.

Marchal Escalona, A. N. (2011). Manual de la lucha contra la droga. Navarra: Thomson Reuters.

Martínez González, J. M. (2011). Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. Centro Provincial de Drogodependencias de Granada. *On-line*. URL: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1951>. Revista Papeles del Psicólogo, 2011. Vol. 32(2) [Extraído en: 28 de marzo de 2013]

Martínez, J. M. [et.al] (2013). Drogodependientes vs. usuarios de salud mental con trastornos de personalidad: su relación con la calidad de vida, la psicopatología en Eje I, el ajuste psicológico y dinámica familiar. Universidad de Murcia: vol. 29, nº 1. *On-line*. URL: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.29.1.161871> [extraído en: 10 de abril de 2013]

Ministerio de la Presidencia. Real Decreto 1428/2003, de 21 noviembre, por el que se aprueba el Reglamento General de Circulación para la aplicación y desarrollo del texto articulado de la Ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, aprobado por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo. (BOE núm. 306. Pág. 45684. 23 de diciembre de 2003) [Extraído en: 2 de mayo de 2013]

Moncada Bueno, S., Palmerín García, A. (2007). La prevención del consumo de drogas en España: el papel de los psicólogos. Ayuntamiento de Madrid: Instituto de Adicciones. *On-line.* URL: [www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1425.pdf](http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1425.pdf). [Extraído en: 28 de marzo de 2013]

Observatorio Español sobre Drogas (2011). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) del año 2010. Informe de resultados alumnos de Aragón. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *On-line:* URL: [http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/13\\_SaludPublica/12\\_Adicciones/Informe%20Estudes%202010\\_Arag%C3%B3n.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/13_SaludPublica/12_Adicciones/Informe%20Estudes%202010_Arag%C3%B3n.pdf)[Extraído en: 30 de julio de 2013]

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2011). Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *On-line:* URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>. [Extraído en: 30 de julio de 2013]

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2003). Drogas en el punto de mira. El consumo de drogas entre la población joven más vulnerable. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. *On-line.* URL: [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_33728\\_ES\\_Dif10es.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_33728_ES_Dif10es.pdf). [Extraído en: 28 de marzo de 2013]

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2004). Drogas en el punto de mira. Comorbilidad: el consumo de drogas y los trastornos mentales. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. *On-line*. URL: [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_44768\\_ES\\_Dif14ES.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_ES_Dif14ES.pdf).

[Extraído en: 21 de febrero de 2013]

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2009). Drogas en el punto de mira. Comorbilidad. La investigación neurobiológica sobre las drogas: implicaciones éticas y políticas. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. *On-line*: URL: [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_44768\\_ES\\_Dif14ES.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_ES_Dif14ES.pdf).

[Extraído en: 26 de febrero de 2013]

Parlamento de Navarra (2012). II Plan Foral de Drogodependencias. Instituto de Salud Pública. *On-line*: URL: [http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/9D1A9CA4-9BA0-4EB8-81F4-](http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/9D1A9CA4-9BA0-4EB8-81F4-338C5C1BDD62/229452/IIPlanForaldeDrogodependencias.pdf)

[338C5C1BDD62/229452/IIPlanForaldeDrogodependencias.pdf](http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/9D1A9CA4-9BA0-4EB8-81F4-338C5C1BDD62/229452/IIPlanForaldeDrogodependencias.pdf). [Extraído en: 26 de julio de 2013]

Romo Avilés, N. (2011). Cannabis, juventud y género: nuevos patrones de consumo, nuevos modelos de intervención. Granada: Trastornos Adictivos. 2011; 13(3):91-93

Rossi, P. (2008). Las drogas y los adolescentes. Lo que los padres deben saber sobre las adicciones. Madrid: Tébar.